

# 基礎研 レポート

## 2022 年度診療報酬改定を読み解く(下)

医療機能分化、急性期の重点化など提供体制改革を中心に

保険研究部 ヘルスケアリサーチセンター 主任研究員 三原 岳  
(03)3512-1798 mihara@nli-research.co.jp

### 1—はじめに～医療提供体制改革の改定項目はどうなったのか～

2022年4月から新しい診療報酬体系がスタートした。医療サービスの対価として医療機関に支払われる診療報酬本体は2年に1回の頻度で見直されており、今回の改定では新型コロナウイルスへの対応を踏まえて、新興感染症対策に取り組む診療所への加算など数多くの改定項目が盛り込まれた。

本レポートでは2回シリーズで、改定の狙いや背景、今後の展望などを考察する。今回の(下)では、病床機能分化や在宅医療の充実などを目指す医療提供体制に関する改定項目を中心に、その意味合いや目的などを考察する。

具体的には、高度急性期に対して高い加算(ボーナス)が付いた点とか、患者の在宅復帰などを支援する「地域包括ケア病棟」の報酬体系が大幅に見直された点など、医療提供体制改革に関して、一部で思い切った改定が見られたことを概観する。

さらに、その背景として、新型コロナウイルスが日本の医療提供体制の論点を浮き彫りにした点、昨年末の財務、厚生労働両相が交わした合意文の影響などを指摘し、医療提供体制改革を診療報酬で誘導する傾向が浮き彫りになった点など今後の方向性を考察する。

### 2—提供体制改革の論点

#### 1 | 同時並行で進む様々な医療提供体制改革

診療報酬改定の内容は細かく、膨大であり、いきなり個別改定の加算(ボーナス)の点数や要件から入っても、その細かさにウンザリするだけである。しかも、医療提供体制に関して、人口比で世界一となっている病床数の削減や在宅医療の充実、外来機能の分化、医師偏在の是正<sup>1</sup>、医師の働き方改革、薬剤師・薬局の改革<sup>2</sup>など、現在は様々な改革が同時並行で進んでおり、その全体像を踏まえないと、「木を見て森を見ず」の結果になりかねない。

<sup>1</sup> 医師偏在是正の論点に関しては、2020年2月17日拙稿 [「医師偏在是正に向けた2つの計画はどこまで有効か」](#) (全2回、リンク先は上) を参照。

<sup>2</sup> 薬剤師・薬局の業務見直しに関しては、2021年10月15日拙稿 [「かかりつけ薬剤師・薬局はどこまで医療現場を変えるか」](#) を参照。

そこで、2022年度診療報酬改定に関係する部分を中心に、医療提供体制改革の全体像を最初に把握することにする。具体的には、(1) 地域医療構想、(2) 外来機能分化、(3) 医師の働き方改革——の3つを述べる。

## 2 | 地域医療構想の狙い

まず、医療提供体制改革で重視されている「地域医療構想」から論じる<sup>3</sup>。これは人口的なボリュームの大きい「団塊世代」が75歳以上となる2025年を目指し、病床削減や在宅医療の充実などを目指す改革であり、各都道府県が2017年3月までに地域医療構想を策定した。

その際には一定の数式の下で2025年時点の病床数を推計。さらに「病床機能報告」という制度を通じて、各医療機関が都道府県

に対して報告する病床数の現状と比較し、2025年時点のベッド数がどれだけ余剰または不足するかどうか試算した。

さらに、病床の機能については、難しい手術に対応する「高度急性期」「急性期」、リハビリテーションなどを実施する「回復期」、高齢者に長期療養の場を提供する「慢性期」に区分。それぞれの病床機能における将来の病床数に関しても、2次

医療圏をベースとした「構想区域」ごとに推計した。

全都道府県の地域医療構想に盛り込まれた病床数のデータを集計した結果は表1の通りである。こ

表1：地域医療構想に盛り込まれた病床数

単位：床数	現在	2025年 必要病床	将来の姿
高度急性期	182,791	130,449	52,342
急性期	592,637	400,626	192,011
回復期	120,050	375,240	▲ 255,190
慢性期	357,801	284,483	73,318
その他	21,304		21,304
合計	1,274,583	1,190,799	83,784

出典：各都道府県の地域医療構想を基に作成

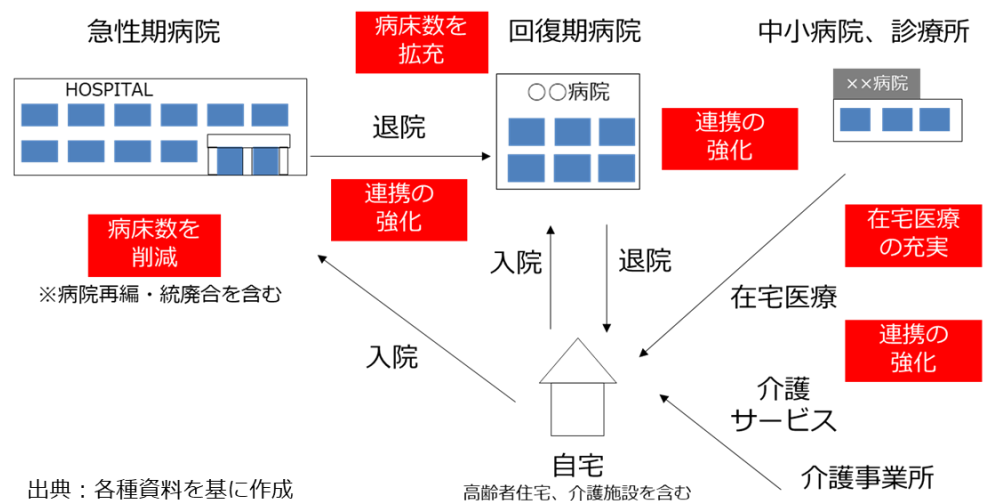
注1：▲は不足を意味する。

注2：「現状」は地域医療構想に盛り込まれた数字をベースとしており、2014年度と2015年度の双方が含まれる。

注3：秋田など13県は未報告などの「その他」を計上しておらず、表の数字に含まれていない。

注4：一部の数字に小数点が含まれるため、合計が一致しない。

図1：地域医療構想で目指す提供体制改革のイメージ



出典：各種資料を基に作成

<sup>3</sup> 地域医療構想については、2017年11～12月の拙稿「[地域医療構想を3つのキーワードで読み解く](#)」（全4回、リンク先は第1回）、2019年5～6月の拙稿「[策定から2年が過ぎた地域医療構想の現状を考える](#)」（全2回、リンク先は第1回）、2019年10月31日「[公立病院の具体名公表で医療提供体制改革は進むのか](#)」、2020年5月15日「[新型コロナウイルスがもたらす2つの『帰帰』現象](#)」。併せて、三原岳（2020）『地域医療は再生するか』医薬経済社も参照。

のデータから言えることは「将来余剰となる高度急性期、急性期を削減」「将来不足する回復期を充実」「将来余剰となる慢性期を削減」「その受け皿として在宅医療が必要」という将来の方向性である。その簡単なイメージと必要な対応は図1の通りである。

つまり、急性期病床数の削減と病院再編・統廃合、回復期や在宅医療の拡充、急性期と回復期の連携、回復期と在宅医療の連携、医療・介護連携などを同時に進める必要がある。その際には薄く広く点在する急性期病院の再編・統廃合も視野に入る。

しかし、日本は民間中心の医療提供体制であり、国や都道府県は病床削減などをダイレクトに命令できない。このため、地域の医療機関経営者や医師会、市町村などの関係者で構成する「地域医療構想調整会議」（以下、調整会議）を構想区域ごとに組織し、都道府県を中心とした調整会議による合意形成と自主的な対応が重視されている。

こうした病床機能再編、高度急性期・急性期病床の重点化、在宅復帰支援などを担う「地域包括ケア病棟」の役割明確化、在宅医療の充実などは2022年度診療報酬改定の重点項目の一つとなった。

### 3 | 外来機能分化

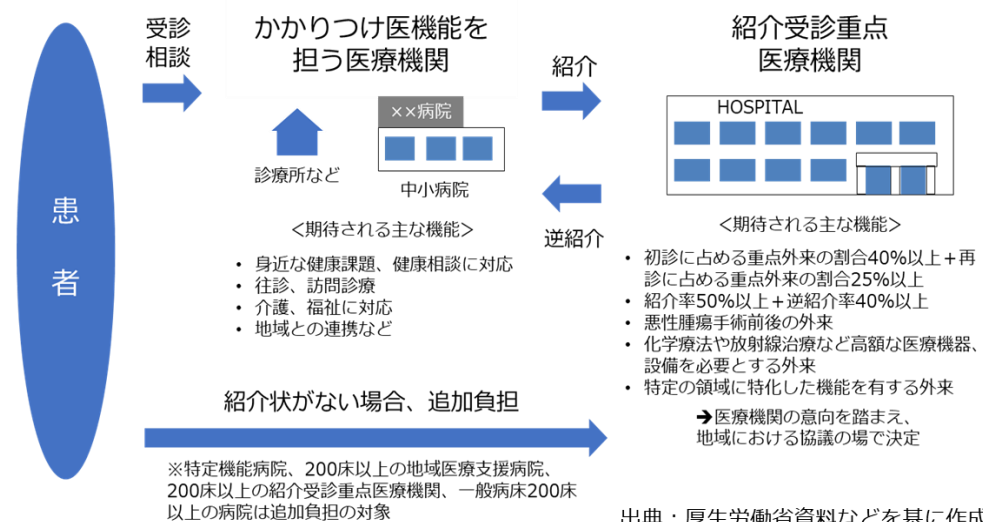
第2に、外来機能の分化である、日本の医療制度では、患者が自由に医療機関を選べる「フリーアクセス」が採用されており、難しい手術や検査・治療に対応するため、高度な機器や専門人材を配置している大病院でさえ外来機能を担っている。

だが、これは非効率的な仕組みと言わざるを得ず、日常的な病気やケガは診療所や中小病院で、難しい手術や治療は大病院で担う役割分担を果たすことが望ましい。具体的には、紹介状や中小病院が必要に応じて紹介、逆に手術や検査が終わった後に大病院から中小病院、診療所に逆紹介する流れが求められる。

図2：外来機能分化のイメージ

このため、政府は2016年度診療報酬改定で、紹介状なしで大病院に行った患者に対し、追加負担を徴収する仕組みを導入。2018年度改定、2020年度改定では、対象となる病院を少しずつ上げて来た。

さらに2021年通



常国会で成立した改正医療法では「外来機能報告制度」が制度化され、2022年度からスタートした。この仕組みでは、各医療機関が担っている外来機能を各都道府県に報告させ、その現状をベースに地域で外来機能の分化を議論することが目指されており、現状の可視化と合意形成に力点を置いている点では「地域医療構想の外来版」と言える。最終的には、都道府県を中心とした調整会議における合意形成と自主的な対応を通じて、紹介された患者を中心に受け入れる「紹介受診重点医療機関」を各

地域で明確にすることが目指されている。

一方、この関係では日常的な病気・ケガへの対応や健康相談などを受け付ける「かかりつけ医」機能の強化も論点となっている。外来機能分化のイメージは図2の通りであり、こちらも2022年度診療報酬改定でポイントの一つに位置付けられた。

#### 4 | 医師の働き方改革

第3に、医師の働き方改革である<sup>4</sup>。この改革では、医師の残業時間を960時間、さらに地域医療の体制確保や研修医の技能向上などで必要な場合には1,860時間まで許容することになっており、2024年4月の本格施行が予定されている。

今後、各医療機関は医師の勤務時間削減とか、勤務環境の改善、健康管理措置の実施、業務の一部を多職種に移譲する「タスクシフト」の推進などを迫られる。さらに、それぞれの医療機関における見直しにとどまらず、例えば医師の超過勤務で維持されている医療機能の見直しとか、医療機関の集約化・連携強化など地域全体の医療提供体制も影響を受ける可能性がある。

このため、日本医師会（日医）は「働き方改革を拙速に進めると全国で医師の争奪戦が起こりかねない」として週1回を限度とする宿直基準の緩和を求めている<sup>5</sup>ほか、2022年度診療報酬改定に際しては、「もっと大胆に財源を投入して診療報酬上で働き方改革を進める手当てをすることが必要」という声も出ていた<sup>6</sup>。

こうした状況の下、医師の働き方改革に関する財源措置として、消費税収を活用した補助金である「地域医療介護総合確保基金」で既に一定の予算額が確保されているほか、2020年度診療報酬改定でも最大の論点になった<sup>7</sup>経緯があり、同じく2022年度診療報酬改定でも一つの焦点となった。

### 3—新型コロナウイルスの影響

#### 1 | コロナ対応と医療提供体制改革の関係

これらの改革の多くは新型コロナウイルスの影響を受けており、中でも地域医療構想に関しては、病床削減の要素を持っているため、病床を確保しなければならないコロナ対応と真逆と受け止められている感がある。実際、多くの医療機関が陽性者の受け入れなどを余儀なくされている中、地域医療構想に関する国・地方の協議は停滞している。

さらに、コロナ禍の患者の受診控えで医療機関は収入減に直面している一方、コロナ対策の診療報酬の各種加算が創設されているため、医療機関の経営はコロナの影響を大きく受けている。このため、日医は診療報酬改定に際して実施される医療機関の経営調査を通じて、「2020年度改定と新型コロナウイルスの影響を峻別して医療機関の経営実態を把握することは極めて難しい」として、「大幅な改定は絶対にやってはいけません」との見解を示していた<sup>8</sup>。

しかし、日本の医療提供体制の課題はコロナ対応で一層、明確になった面がある。一例を挙げると、

<sup>4</sup> 医師の働き方改革については、2021年6月22日拙稿「[医師の働き方改革は医療制度にどんな影響を与えるか](#)」を参照。

<sup>5</sup> 2021年12月15日の記者会見における日医常任理事の松本吉郎氏の発言。2021年12月15日『m3.com』配信記事を参照。

<sup>6</sup> 日医常任理事の城守国斗氏に対するインタビューでの発言。2021年9月14日『m3.com』配信記事を参照。

<sup>7</sup> 2020年度診療報酬改定に関しては、2020年4月24日拙稿「[2020年度診療報酬改定を読み解く](#)」を参照。

<sup>8</sup> 日医常任理事の城守氏に対するインタビューでの発言。2021年8月31日『m3.com』配信記事を参照。

重度化した患者が回復した後、軽症者や一般病床、宿泊療養などに転院を調整できれば、病床の回転率が向上することになり、多くの患者を受け入れることが可能になるが、必ずしも転院調整は捗らず、患者の「目詰まり」が発生した。さらに、急性期病床を標榜しているのに、規模が小さいために陽性者と非陽性者を分けられないゾーニングの問題などで、コロナ患者を受け入れない中小病院の存在もクローズアップされた。

こうした新型コロナウイルスへの対応と、平時の医療提供体制改革の共通点に関しては、多かれ少なかれ、筆者を含めて多くの関係者に共有<sup>9</sup>されており、新型コロナウイルスへの対応が医療提供体制改革を加速させる方向に働いた。

実際、厚生労働省の幹部は2022年度改定の意義について、「(筆者注：コロナで) 浮き彫りになった医療提供体制の課題へ対応が重要なポイントになった」と総括している<sup>10</sup>。

その結果、大幅な改定を望んでいなかった診療側の期待に反し、一部で思い切った点数が付いた。実際、診療側の関係者や医療機関経営者からは「入院医療を中心として、かなり大幅な改定が行われた。(略) 大変遺憾」<sup>11</sup>、「我々の要望はかなわず、医療機関経営に大きな影響をもたらすであろう見直しが多数の項目にわたって盛り込まれた」<sup>12</sup>、「現に実施されている医療政策の方向に医療機関を向かわせるための誘導型診療報酬改定になっている」<sup>13</sup>との声が出ている。

では、実際の改定プロセスで何がターニングポイントになったのだろうか。診療報酬改定のプロセスを振り返ると、2022年度予算編成の決着時に交わされた財務、厚生労働両相の合意文が影響していると考えられる。以下、合意文の内容や影響などを探ることにする。

## 2 | 診療報酬改定の決着で交わされた合意文の影響

(上)で述べた通り、2022年度診療報酬改定の決着に際しては、医療機関向け本体のプラス改定を望む日医や自民党と、「医療提供体制改革なくして診療報酬改定なし」というスタンスでマイナス改定を強く求める財務省の意見対立が起きた。

財務省のスタンスは昨年12月に示された財政制度等審議会(財務相の諮問機

表2：財務、厚生労働両相の折衝で決まった医療提供体制の改革項目

- 医療機能の分化・強化、連携の推進に向けた、提供されている医療機能や患者像の実態に即した、看護配置7対1の入院基本料を含む入院医療の評価の適正化
- 在院日数を含めた医療の標準化に向けた、DPC(診断群分類制度)の算定方法の見直し等の更なる包括払いの推進
- 医師の働き方改革に係る診療報酬上の措置について実効的な仕組みとなるよう見直し
- 外来医療の機能分化・連携に向けた、かかりつけ医機能に係る診療報酬上の措置の実態に即した適切な見直し
- 費用対効果を踏まえた後発医薬品の調剤体制に係る評価の見直し
- 薬局の収益状況、経営の効率性等も踏まえた多店舗を有する薬局等の評価の適正化
- OTC(一般用医薬品)類似医薬品等の既収載の医薬品の保険給付範囲の見直しなど、薬剤給付の適正化の観点からの湿布薬の処方の適正化

出典：財務省、厚生労働省資料を基に作成

関)の建議にほぼ凝縮されており、新型コロナウイルスへの対応で病床が逼迫した遠因として、(1)

<sup>9</sup> 2021年10月26日拙稿「[なぜ世界一の病床大国で医療が逼迫するのか](#)」を参照。

<sup>10</sup> 厚生労働省保険局医療課長の井内努氏に対するインタビューでの発言。『日経ヘルスケア』2022年4月号を参照。

<sup>11</sup> 日医常任理事の城守氏に対するインタビューでの発言。2022年3月2日『m3.com』配信記事を参照。

<sup>12</sup> 全日本病院協会長の猪口氏に対するインタビューでの発言。2022年3月29日『日経メディカル』配信記事を参照。

<sup>13</sup> 2022年2月9日記者会見における日本病院会長の相澤孝夫氏の発言。2022年2月10日『m3.com』配信記事を参照。

病院数・病床数の多さに比して医療従事者が少なく手薄な人的配置であり、医療資源が散在し、その投入量が少ない「低密度医療」となっている、(2) 医療機関の役割分担や連携が不足している——などと医療提供体制の構造的な課題を指摘していた<sup>14</sup>。

結局、本体の改定率は+0.43%で決着したが、その際には中央社会保険医療協議会（中医協、厚生労働相の諮問機関）での議論に向けて、表2のような改革に取り組む旨が財務、厚生労働両相の間で合意された。

具体的には、患者7人に対して看護師1人を配置する「7:1基準」と呼ばれる急性期病床の適正化とか、急性期から回復期への移行などの機能分化、医師の働き方改革、かかりつけ医機能の強化、多店舗を有する薬局の評価適正化といった内容が盛り込まれており、「医療提供体制改革なくして診療報酬改定なし」とする財務省のスタンスが反映されたと言える。さらに、中医協における医療提供体制改革の議論に向けて、財務省が厚生労働省から「言質」を取ったと解釈することも可能<sup>15</sup>であり、実際に報酬改定で思い切った点数が付いた理由と考えられる。

以下、(1) 高度急性期、急性期の重点化、(2) 地域包括ケア病棟の役割明確化、(3) 在宅医療のテコ入れ策、(4) 外来機能分化、かかりつけ医機能の明確化、(5) 医師の働き方改革——という5つの点で、改定の概要を述べる。

ただ、2022年2月9日の中医協総会で決まった答申は全体で約500ページの分厚さであり、5つの分野だけでも改定項目は多岐に渡る。こうした複雑怪奇な診療報酬の細目まで全て理解している人は恐らく関係者でも僅かであろう。ここでは、新設・拡充された案件など筆者の目を惹いた改定項目を中心に取り上げることにしたい<sup>16</sup>。

## 4——診療報酬改定の内容(1)～高度急性期、急性期の重点化～

### 1 | 高い報酬点数が付いた急性期充実体制加算

まず、高度急性期、急性期の重点化に関しては、機能分化を図る観点に立ち、一部で思い切った点数が付けられた。最も目を惹くのは「急性期充実体制加算」（7日以内460点、8日以上11日以内250点、12日以上14日以内の期間180点、1点は10円）であり、主な要件としては、▽24時間救急医療体制を整備しており、一定の実績を有する、▽紹介受診重点医療機関になるなど、外来機能を縮小している、▽中小医療機関などと入退院支援に向けて情報共有などを実施する「入退院支援加算1」または「入退院支援加算2」を届け出ている、▽一般病棟における平均在院日数が14日以内——などが定められている。

注目されるのは点数の高さである。現行の報酬体系では、総合的かつ専門的な急性期医療を提供する一般病床を対象に、2008年度に創設された「総合入院体制加算1」（240点）で「スーパー急性期」と呼ばれる病院を評価していたが、加算はその約2倍に相当する。現場の経営者からは「このような点数が設定されるとは正直、予想を超えていた」との感想とともに、「（筆者注：加算取得の要件が

<sup>14</sup> 2021年12月3日、財政制度等審議会建議を参照。

<sup>15</sup> この点は2022年1月17日拙稿「[2022年度社会保障予算を分析する](#)」でも言及した。

<sup>16</sup> 煩雑さを避けるため、発言の引用などを除き、出典の紹介は最小限にとどめるが、『社会保険旬報』『週刊社会保障』の各号や『日経メディカル』『m3.com』配信記事、『日経ヘルスケア』2022年4月号、『Phase 3』2022年4月号などを参照した。

厳しく設定されている関係で) 大学病院は算定できない点数なので、ほぼ毎日のように緊急手術を行っているような『急性期を突き抜けた地域の基幹病院』が算定することになる」との声が出ている<sup>17</sup>。

高度急性期の関係では、特定集中治療室 (ICU) の体制強化と人材育成を図る観点に立ち、「重症患者対応体制強化加算」(3日以内750点、4日以上7日以内500点、8日以上14日以内300点)も新設された。加算の要件としては、専門性の高い看護師や臨床工学技士の配置とか、人工呼吸器及び体外式膜型人工肺 (ECMO) を必要とする重症患者の看護を含めて、重症患者に対応する院内研修の実施などが定められている。

これら2つの加算に関しては、(上)で言及した新興感染症への対応が意識されている点も要注目である。具体的には、急性期充実体制加算の要件として、他の医療機関における感染症対応を支援する医療機関が算定できる「感染対策向上加算1」の取得が義務付けられているほか、重症患者対応体制強化加算でも、新興感染症の発生など有事に際して、都道府県などの要請に応じて、他の医療機関の支援に当たる旨が要件の一つとして定められている。このため、平時の救命救急対応だけでなく、(上)で取り上げた新興感染症への対応も意識した内容となっている。実際、厚生労働省の担当課長は急性期充実体制加算の創設に関して、「通常医療に加え、感染症にも対応できる高度急性期医療の充実が必要」という考え方が反映されたと説明している<sup>18</sup>。

さらに、重篤な患者やその家族の支援を図るため、「重症患者初期支援充実加算」(1日当たり300点、入院日から起算して3日を限度)が新設された。この加算を取得する上では、幾つか要件が設定されており、その一つとして、医師や看護師、社会福祉士などで患者の治療にダイレクトに関わらない有資格者を「入院時重症患者対応メディエーター」として配置するとともに、治療の方針や内容を説明したり、患者や家族の意思表明を支援したりすることが定められている。

このほか、機能分化を図る観点に立ち、総合入院体制加算の要件の一つに、紹介受診重点医療機関であることが追加された。ECMOを装着した重症患者を搬送する際の診療を評価する「重症患者搬送加算」(1,800点)、ECMOを用いた重症患者の治療管理を評価する「体外式膜型人工肺管理料」(1日当たり7日目まで4,500点など)も新設された。

退院後の患者の早期回復を促すため、高度急性期や急性期における栄養管理やリハビリテーションを強化する加算措置も、新設・拡充された。例えば、栄養管理に関しては、▽全身麻酔手術を施された患者の術前・術後管理について、専任の管理栄養士が医師と連携しつつ、栄養管理を実施した場合に取得できる「周術期栄養管理実施加算」(270点、1手術に1回)、▽管理栄養士を配置して患者の状態に応じて栄養管理を実施する特定機能病院<sup>19</sup>の体制を評価する「入院栄養管理体制加算」(270点、入院初日及び退院時)——などが創設された。

## 2 | またもや公益裁定となった看護必要度の基準

一般病棟用の医療・看護必要度 (以下、看護必要度) も焦点となった。これは元々、患者7人に対して看護師1人を配置する病棟区分の「7:1基準」の見直しに端を発する。2006年度診療報酬改定で

<sup>17</sup> 全日本病院協会長の猪口雄二氏に対するインタビューでの発言。2022年3月29日『日経メディカル』配信記事を参照。

<sup>18</sup> 厚生労働省保険局医療課長の井内氏に対するインタビューでの発言。『週刊社会保障』No. 3169号を参照。

<sup>19</sup> 特定機能病院とは、高度な医療の提供や技術開発、研修などを担う医療機関。

7:1 基準を創設した際、手厚い報酬を分配したため、厚生労働省の期待以上に 7:1 基準を取得する医療機関が続出。医療費を膨らませる要因となり、地域医療構想が制度化される一つの要因となった。

さらに、2018 年度改定では、7:1 基準からの転換を促すため、図 3 のような診療報酬体系に再編された<sup>20</sup>。その際、7:1 基準と 10:1 基準（患者 10 人に対して看護師 1 人を配置）の間で、診療報酬の点数差が大きかったため、類型を細分化するとともに、受け入れる患者の実績部分に応じて診療報酬の点数を変える仕組みが採用された。

併せて、実績部分については、看護職員の測定を基にした「看護必要度 I」、診療実績をベースに判断する「看護必要度 II」という数値基準を用いることも決まった。

この時の狙いを少し分かりやすい言葉で言うと、旧 7:1 基準（改定後は「急性期一般入院料 1」に改称）

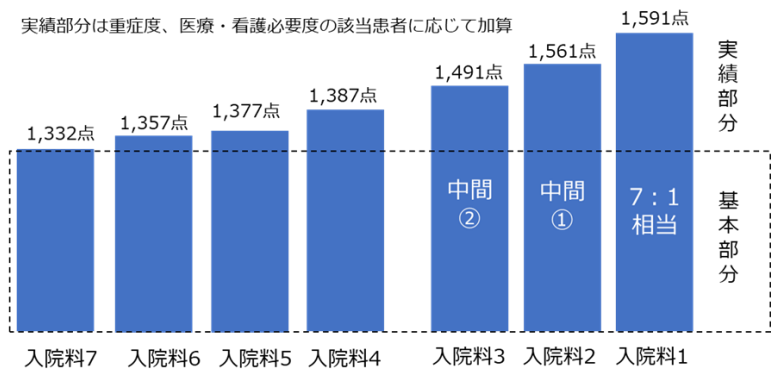
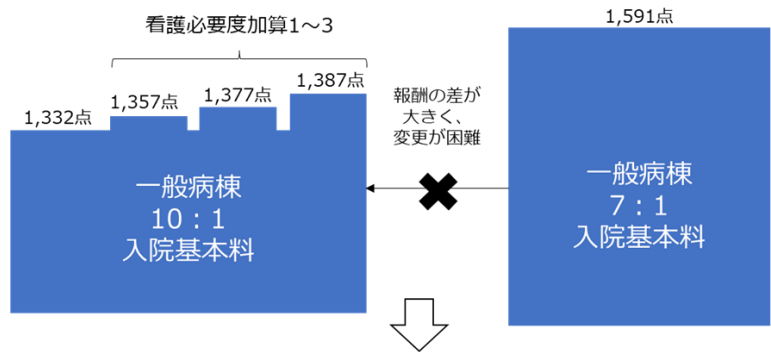
から旧 10:1 基準に降りてもらおう際の段差が大きいので、途中で休憩できるような「階段」を作ること

ことで、旧 7:1 基準からの転換を促そうとした。しかも、右から左に移る、つまり「階段」を徐々に下りることは認められているが、左から右に段階的に移

る、つまり「階段」を徐々に上がることは認められていない（一気に急性期一般入院料 1 に行くことは認められている）ため、「下に降りることを大前提とした階段」と言える。このため、旧 7:1 基準の急性期病床を圧縮する目的があったことは明らかである。

その後、2020 年度改定では看護必要度の見直しが焦点となり、機能分化に向けて基準の厳格化を期

図3：2018年度診療報酬改定時の7:1基準再編のイメージ



出典：厚生労働省資料を基に作成  
注：点数は2018年度時点。

図4：2022年度改定における看護必要度の見直し

以前の看護必要度				2022年度改定の看護必要度			
診療報酬の区分	看護必要度 I	看護必要度 II	診療報酬の区分	病床数の区分	看護必要度 I	看護必要度 II	
急性期一般入院料1	31%	29%	急性期一般入院料1	許可病床200床以上	31%	28%	
急性期一般入院料2	28%	26%	急性期一般入院料2	許可病床200床未満	28%	25%	
急性期一般入院料3	25%	23%	急性期一般入院料3	許可病床200床以上	27%	24%	
急性期一般入院料4	22%	20%	急性期一般入院料4	許可病床200床未満	25%	22%	
急性期一般入院料5	20%	18%	急性期一般入院料5	許可病床200床以上	24%	21%	
急性期一般入院料6	18%	15%	急性期一般入院料6	許可病床200床未満	22%	19%	
			急性期一般入院料7	許可病床200床以上	20%	17%	
			急性期一般入院料8	許可病床200床未満	18%	15%	
			急性期一般入院料9	—	17%	14%	

出典：厚生労働省資料を基に作成  
注：以前の看護必要度の下側は許可病床数200床未満の経過措置。

<sup>20</sup> 2018 年度診療報酬改定に関しては、2018 年 5 月 1 日拙稿「[2018 年度診療報酬改定を読み解く（上）](#)」を参照。



待する支払側と、これに反対する診療側で意見の違いが顕在化し、有識者で成る公益委員の裁定に持ち込まれた。2022 年度改定でも同様の意見対立が起き、公益委員による裁定を経て、「心電図モニターの管理」の項目が削除されたほか、急性期一般入院料 7 が廃止されて 6 段階に再編された。さらに、看護必要度も図 4 のような変更が実施された。

一見すると些細な改定に映るが、今回も公益裁定に持ち込まれたことに見られる通り、関係者の関心が高いテーマと言える。実際、中医協の支払側は急性期の厳格化を図る観点に立ち、看護必要度の基準に関して「将来は（筆者注：診療実績のデータに基づく）Ⅱに統一すべき」との問題意識を持っている<sup>21</sup>。一方、診療側は心電図モニターが削除されたことで、内科系が影響を受けるとの見方に加えて、相次ぐ制度改正に対して、「改定の度に変更され、病院はそれと追いかけてこしている」との不満も漏れている<sup>22</sup>。

さらに表 2 で挙げた財務、厚生労働両相の合意文でも、旧 7 : 1 基準の見直しが筆頭項目に掲げられており、今後も焦点の一つとなりそうだ。

このほか、急性期関係では、医師や看護師、薬剤師など 3 人以上のチームで疼痛の管理に当たる場合に算定できる「術後疼痛管理チーム加算」（1 日当たり 100 点）、手術室の薬剤師が病棟の薬剤師と連携して薬学的管理に当たることを評価する「周術期薬剤管理加算」（75 点）も創設された。

## 5—診療報酬改定の内容(2)～地域包括ケア病棟の役割明確化

次に、地域包括ケア病棟の役割明確化を取り上げる。地域包括ケア病棟は元々、2014 年度に創設された類型。その主な役割としては、「急性期後の治療やリハビリテーションなどが必要な患者を対象とした医療機能（ポストアキュート）」「大病院での集中治療は必要ないが、在宅療養中の患者が急変した場合に受け入れる機能（軽度急性期、サブアキュート）」「患者を回復させ、在宅や施設に繋ぐ在宅復帰機能」の 3 つとされている、

しかし、地域包括ケア病棟の守備範囲は広く、表 1 で掲げた地域医療構想に関する病床機能報告でも、急性期、回復期、慢性期にまたがっている。このように曖昧な制度になっている背景には、7 : 1 基準を絞り込みたい厚生労働省サイドと、これに難色を示す日医との意見対立があった。

具体的には、地域包括ケア病棟が創設された 2014 年度改定に際して、厚生労働省は 7 : 1 基準の厳格化を企図し、サブアキュートに軸足を置く「亜急性期」という概念を制度面で明確に位置付けようとしたが、日医が「高齢者だからといって、急変時に亜急性期病床でもいいだろう、安上がりに済ませようという意図が見える」と反発<sup>23</sup>するなど、中医協の議論は名称を巡って紛糾した。

結局、一種の「国策」として重視されている「地域包括ケア」の言葉を冠する<sup>24</sup>とともに、病床区分も概念も曖昧な枠組みとなった。つまり、7 : 1 基準の削減を企図しつつも、3 つの機能を果たすことで、在宅ケアの充実を後押しする意図が示されたと言える。地域包括ケア病棟が 7 : 1 基準削減の受け皿として期待されていた点については、当時の国会<sup>25</sup>で「言うなれば急性期からの受け皿というよ

<sup>21</sup> 健保連理事の松本真人氏に対するインタビューでの発言。『週刊社会保障』No. 3166 を参照。

<sup>22</sup> 2022 年 2 月 9 日記者会見における全日本病院協会長の猪口氏の発言。2022 年 2 月 10 日『m3.com』配信記事を参照。

<sup>23</sup> 2013 年 11 月 1 日、中央社会保険医療協議会総会における日医副会長の中川俊男氏（当時）の発言。

<sup>24</sup> 地域包括ケアの曖昧さに関しては、介護保険 20 年を期した拙稿コラム [第 9 回](#) を参照。

<sup>25</sup> 2014 年 2 月 17 日、第 186 国会衆院予算委員会における厚生労働相の田村憲久氏（当時）の発言。

うな病床をふやしていこうということ」という答弁が出ていたことから明らかである。

しかし、今回の改定を通じて、基準が厳格化されたり、要件を満たせない場合の減算が設けられたりしたことで、曖昧な役割が一定程度、明確化された。このため、医療機関経営者からは「かなり厳しい見直しとなった」「(筆者注：地域包括ケア病棟の) 役割がより明確になった」「既存の病棟を維持できず、別の病棟区分に移行するところも出てくるだろう」といった見方<sup>26</sup>に加えて、「これまでカメレオンのように変幻自在な病棟の在り方が許されていたが、『コア(芯)を持つように』とメッセージが込められた」<sup>27</sup>といった声が出ている。

厳しいメッセージと受け止められている一つとして、自院から多く患者を転棟させている病院に対する減算措置の強化が挙げられる。既に2020年度改定では、自院の急性期一般病棟から転棟した患者の割合が6割未満の場合、報酬を10%減算する措置が導入されていたが、対象が拡大されたほか、減算の幅も15%に広がった。

さらに、急性期病棟からの入院を評価する「急性期患者支援病床初期加算」、在宅からの入院を評価する「在宅患者支援病床初期加算」も大幅に見直された結果、自院からの転棟に関する点数が低く設定された。

少し細かく見ると、現在の仕組みは元々、2018年度に創設され、前者は14日を限度に1日150点、後者は14日を限度に1日300点という点数が付いていた。しかし、2022年度改定では急性期患者支援病床初期加算に関して、地域包括ケア病棟の規模と入院する患者の受け入れ元に応じて細分化された。具体的には、400床以上の地域包括ケア病棟の場合、他院から受け入れているケースの点数は150点で従前と変わらないが、自院から患者を受け入れる場合は50点に設定された。400床未満の地域包括ケア病棟についても、他の医療機関から受け入れる場合には250点が付けられたが、自院からの受け入れは125点に減算された。

一方、在宅患者支援病床初期加算については、自宅や有料老人ホームから患者を受け入れた場合に400点、リハビリテーションなどを実施する介護老人保健施設からの患者は500点に設定された。

いずれも「どこから入院(転棟)してきたか」という点が重視された改定であり、このほかにも同様の減算規定が設けられた。その結果、自院の急性期病棟から地域包括ケア病棟に転棟させているような病院にとっては、厳しい改定となり、現場の経営者からは「3つの機能をバランスよく担うことが重要」と受け止められている<sup>28</sup>。

## 6—診療報酬改定の内容(3)～在宅医療のテコ入れ策～

第3に、在宅医療のテコ入れ策である。地域医療構想の病床推計では、慢性期病床に入院する軽度患者の約3割が在宅医療に移行するなどの前提に立っており、在宅医療の普及は医療提供体制改革で重要なカギを握る。過去の制度改正でも、厚生労働省は在宅医療を手掛ける医療機関を認定する仕組みとして、2006年度に「在宅療養支援診療所」、2008年度に「在宅療養支援病院」を創設するとともに、各種加算措置を設けることで、在宅医療の裾野拡大、さらに在宅医療に欠かせない多職種連携に

<sup>26</sup> 全日本病院協会長の猪口雄二氏に対するインタビューでの発言。2022年3月29日『日経メディカル』配信記事を参照。

<sup>27</sup> 地域包括ケア病棟協会長の仲井培雄氏のコメント。『日経ヘルスケア』2022年4月号を参照。

<sup>28</sup> 地域包括ケア病棟協会長の仲井氏のコメント。『Phase 3』2022年4月号を参照。

力を入れて来た。

だが、24時間の連絡対応が困難な点などが一層の拡大に向けたボトルネックになっている。そこで、2022年度改定では、在宅療養支援診療所や在宅療養支援病院を中心に、幾つかの改定が実施された。

まず、在宅療養支援診療所と在宅療養支援病院の施設基準が改正され、介護保険財源を転用している「在宅医療・介護連携推進事業」で他の診療所との連携や24時間対応などで積極的な役割を担うことが望ましいとされた。

ここで言う在宅医療・介護連携推進事業とは2015年度制度改正で創設された仕組みであり、市町村や地域の医師会が「地域の医療・介護の資源の把握」「在宅医療・介護連携に関する相談支援」「地域住民への普及啓発」などを実施<sup>29</sup>しており、今回の診療報酬改定を通じて、介護保険制度との整合性が図られたと言える。

さらに在宅療養支援病院のうち、往診や看取りの実績などを評価する「機能強化型」という類型では、在宅療養支援診療所などの要請で患者を受け入れる病床を常に確保するとともに、「緊急時における受け入れ実績が直近1年間で31件以上」などの要件が加えられた。これは緊急時に患者を受け入れる「後方病床」を地域で確保することで、在宅医療を普及させる狙いがある。

このほか、通院患者のスムーズな在宅医療への移行を後押しする観点に立ち、継続して外来診療を提供している医療機関と、在宅医療を手掛けている医療機関の連携を促す加算が設けられた。具体的には、在宅医療を提供する医療機関が外来の医療機関の医師と共同で必要な指導、説明に当たった場合、在宅療養を担う医療機関は「外来在宅共同指導料1」（400点）を取得できることになった。

一方、外来で診療に当たる医療機関についても、年4回以上継続して外来を受診している患者に対し、在宅医療を実施している医療機関と共同で必要な説明、指導に当たった場合、「外来在宅共同指導料2」（600点）を取得できるようになった。

在宅療養支援診療所以外の診療所でも、訪問診療の拡大を促す改定が実施された。これは診療所単独または他の医療機関との連携で24時間往診・連絡体制を取るケースを対象に、2018年度改定で創設されていた「継続診療加算」の見直しであり、名称が「在宅療養移行加算」に変更されるとともに、2段階に細分化された。

いずれも24時間往診・連絡体制を単独または連携医療機関の協力で確保することなどが引き続き求められるが、「在宅療養移行加算1」（216点）では24時間の往診・連絡体制を、「在宅療養移行加算2」（116点）では当該医療機関か、連携する他の医療機関による往診提供が要件として定められた。

## 7—診療報酬改定の内容(4)～外来機能分化、かかりつけ医機能の強化～

### 1 | 外来機能報告など機能分化に関する改定

第4に、外来機能の分化、かかりつけ医機能の強化であり、外来機能の分化に関しては「外来機能報告制度に関する改定」「紹介状なし大病院受診の追加負担引き上げ」が盛り込まれた。

このうち、外来機能報告制度とは既に触れた通り、2022年度からスタートした仕組みであり、それぞれの医療機関の外来機能を明確にするのが目的。今後、各地域では提出されたデータを基に、関係

<sup>29</sup> 在宅医療・介護連携推進事業の論点については、介護保険20年を期した拙稿コラム[第12回](#)を参照。

者の合意形成と自主的な対応を通じて、紹介された患者を中心に受け入れる紹介受診重点医療機関を決めることが想定されており、これを後押しするような加算が設けられた。

これは「紹介受診重点医療機関入院診療加算」（入院初日 800 点）という仕組みであり、紹介受診重点医療機関として、入院機能の強化や外来機能の重点化を図った場合に取得できるようになっている。

このほか、紹介受診重点医療機関の機能を強化するため、「連携強化診療情報提供料」（月 1 回、150 点）が新設された。この見直しは現行の「診療情報提供料Ⅲ」という仕組みの改組であり、紹介受診重点医療機関が紹介を受けた患者に関して、診療状況を示す文書を診療所や中小医療機関に提供した場合、新たに算定できるようになった。

## 2 | 紹介状なし大病院受診の追加負担引き上げ

紹介状なし大病院受診時の追加負担に関しても見直しが講じられ、患者負担は 2022 年 10 月以降、医科で 5,000 円から 7,000 円に、歯科で 3,000 円から 5,000 円に引き上げられる（再診の場合、医科は 2,500 円から 3,000 円、歯科は 1,500 円から 1,900 円）。追加負担の徴収対象は、従来の特定機能病院、地域医療支援病院<sup>30</sup>（一般病床 200 床以上）に加えて、地域の合意形成で決まる紹介受診重点医療機関（一般病床 200 床以上）になる。

その際、あえて紹介状なしで受診する患者などを対象に例外的・限定的な対応として、医科、歯科ともに初診は 200 点、再診は医科で 50 点、歯科で 40 点を保険給付から除外する仕組みが採用された。この結果、2,000 円の上乗せ分に関しては、医療機関の収入増になるのではなく、保険財源が圧縮される。この関係では、2019 年 12 月の全世代型社会保障検討会議中間報告で、「増額分について公的医療保険の負担を軽減するよう改める」と定めていた。

## 3 | かかりつけ医の機能充実

かかりつけ医の関係でも、幾つかの見直しが講じられた<sup>31</sup>。患者の生活を包括的に支援する医療機関を対象に、2018 年度に創設されていた「機能強化加算」（初診時 80 点）の要件が大幅に追加され、表 3 のように基準が改正された。

具体的には、従来の基準では、糖尿病や認知症、高血圧症など 2 つ以上の疾患、症状を有する人に対し、継続的な診療を提供する「地域包括診療加算」「地域包括診療科」などの加算を取得することが前提だったが、細かい要件は決まっていなかった。

しかし、2022 年度改定では、▽他の受診医療機関の有無や処方されている医薬品を把握し、必要な服薬管理を実施するとともに、診療録に記載、▽専門医や専門医療機関への紹介、▽健康診断の結果など健康管理に関する相談への対応、▽保健・福祉サービスへの相談対応、▽診療時間外を含む、緊急時の対応方法への情報提供——などが算定要件に加えられた。

施設基準に関しても、「介護保険制度の利用など相談への対応、主治医意見書の作成」「警察医とし

<sup>30</sup> 地域医療支援病院とは、紹介患者に対する医療提供、医療機器の共同利用などを担う医療機関。

<sup>31</sup> ここでは詳しく触れないが、厚生労働省の説明資料では、一定の条件で繰り返し使えるリフィル処方箋の導入も、かかりつけ医機能の強化の一つに位置付けられている。リフィル処方箋については、2022 年 5 月 16 日拙稿「[2022 年度診療報酬改定を読み解く（上）](#)」を参照。

での協力」「乳幼児健診の実施」「定期予防接種の実施」「幼稚園の園医」「地域ケア会議<sup>32</sup>への出席」「一般介護予防事業<sup>33</sup>への協力」のいずれかを担う常勤医を配置する要件が加えられた。

表3：かかりつけ医機能に関する「機能強化加算」の要件見直し

<p>【算定要件】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 外来医療における適切な役割分担を図り、<u>専門医療機関への受診の要否の判断などを含む</u>よりの確で質の高い診療機能を評価する観点から、かかりつけ医機能を有する医療機関における初診を評価する</li> <li>● <u>必要に応じ、患者に対して以下の対応を行うとともに、当該対応を行うことができる旨を院内及びホームページなどに掲示し、必要に応じて患者に対して説明する</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ <u>患者が受診している他の医療機関及び処方されている医薬品を把握し、必要な服薬管理を行うとともに、診療録に記載すること。なお、必要に応じ、担当医の指示を受けた看護職員などが情報の把握を行うことも可能である</u></li> <li>・ <u>専門医師または専門医療機関への紹介を行う</u></li> <li>・ <u>健康診断の結果などの健康管理に係る相談に応じる</u></li> <li>・ <u>保健・福祉サービスに係る相談に応じる</u></li> <li>・ <u>診療時間外を含む、緊急時の対応方法などに係る情報提供を行う</u></li> </ul> </li> </ul> <p>【施設基準】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <u>適切な受診につながるような助言及び指導を行うことなど、質の高い診療機能を有する体制が整備されている</u></li> <li>● <u>地域において包括的な診療を担う医療機関であることについて、当該保険医療機関の見やすい場所及びホームページなどに掲示するなどの取組を行っている</u></li> <li>● <u>地域において以下のいずれかを行っている常勤の医師を配置</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ <u>介護保険制度の利用などの相談への対応、主治医意見書の作成</u></li> <li>・ <u>警察医として協力</u></li> <li>・ <u>乳幼児健診を実施</u></li> <li>・ <u>定期予防接種を実施</u></li> <li>・ <u>幼稚園の園医など</u></li> <li>・ <u>地域ケア会議に出席</u></li> <li>・ <u>一般介護予防事業に協力</u></li> </ul> </li> <li>● <u>次のいずれかを満たす</u> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <u>地域包括診療加算1または地域包括診療料1の届出を行っている。</u></li> <li>2. <u>地域包括診療料2または加算2の届出を行い、直近1年間に①または②のどちらかを満たす</u> <ol style="list-style-type: none"> <li>① <u>地域包括診療加算2または地域包括診療料2を算定した患者が3人以上。</u></li> <li>② <u>在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の「1」、在宅患者訪問診療料（Ⅱ）または往診料を算定した患者数が計3人以上</u></li> </ol> </li> <li>3. <u>小児かかりつけ診療料の届出を行う</u></li> <li>4. <u>在宅時医学総合管理料または施設入居時等医学総合管理料の届出を行っている機能強化型の在宅療養支援診療所または在宅療養支援病院であること</u></li> <li>5. <u>在宅時医学総合管理料または施設入居時等医学総合管理料の届出を行っている機能強化型以外の在宅療養支援診療所または在宅療養支援病院で、いずれかを満たす</u> <ol style="list-style-type: none"> <li>① <u>過去1年間の緊急往診の実績が3件以上の在宅療養支援診療所</u></li> <li>② <u>緊急往診の実績または在宅療養支援診療所からの緊急受入の実績の合計が3件以上の在宅療養支援病院</u></li> <li>③ <u>在宅における看取りの実績または15歳未満の超・準超重症児の在宅医療の実績が1件以上の在宅療養支援病院</u></li> </ol> </li> </ol> </li> </ul>
--

出典：厚生労働省資料を基に作成  
注：赤字は今回の改定による見直し。

## 8—診療報酬改定の内容(5)～医師の働き方改革～

2024年4月の本格施行を控える中、医師の働き方改革に関しても、幾つかの見直しが講じられた。救急病院における医師の負担軽減と働き方改革を後押しするため、2020年度改定で創設された「地域医療体制確保加算」の点数が520点から620点に引き上げられたほか、医師の働き方改革で義務付けられている「医師労働時間短縮計画」の作成も要件に加えられた。

このほか、勤務医の負担軽減を図るため、必要な医療文書の作成などに当たる「医師事務作業補助者」を配置した医療機関に対する「医師事務作業補助体制加算」について、勤務年数に着目する加算・要件が加えられたほか、医師事務作業補助者の配置数に応じて細かく決まっている加算額も引き上げられた。夜間看護職員の配置に関する加算でも引き上げなど一層の拡充が図られた。

<sup>32</sup> 地域ケア会議とは、医師や看護師、ケアマネジャー（介護支援専門員）など医療・福祉の専門職が事例検討などを通じて、多職種連携の関係性構築などを目指す会議体。設置主体は医療機関、市町村、地域包括支援センターなど多様である。

<sup>33</sup> 一般介護予防事業とは、介護保険財源の一部を用い、65歳以上全ての高齢者を対象に予防事業を展開する事業。

では、これらの改定を通じて、どんな傾向が浮き彫りになったと言えるだろうか、あるいは医療提供体制改革はどのような影響を受けるだろうか、以下、(1) 診療報酬改定による政策誘導の方向性、(2) かかりつけ医機能の明確化の方向性、(3) 医療機関同士の連携の重要性——の3つについて考察を試みることにしたい。

## 9——今回の改定で浮き彫りになった傾向(1)～診療報酬による政策誘導の傾向～

### 1 | 曖昧だった診療報酬と地域医療構想の関係

まず、地域医療構想の実現を含めて医療提供体制改革を診療報酬改定で誘導する方向性が明確になりつつある点である。

元々、地域医療構想と診療報酬の関係は必ずしも明確になっておらず、両者の相性も良いとは言えなかった。具体的には、地域医療構想は都道府県または構想区域(2次医療圏)での議論を想定しており、病床数や人口減少のスピードなど地域の実情に応じて提供体制を見直すことに力点が置かれているのに対し、診療報酬は全国一律であり、対象としているエリアの大きさが異なる。

さらに診療報酬は2年に1回、地域医療構想を含めた医療計画は6年に1回であり、見直し時期の頻度も違う。このため、比較的長いスパンで地域の実情に応じて見直そうとしている地域医療構想と、全国一律で短期間に改定される診療報酬の違いは大きい。

こうした中で、表1で浮き彫りとなった病床数の需給ギャップの解消に向け、どうやって診療報酬を改定し、あるいは診療報酬で誘導したらいいか、必ずしも方針は定まっていなかった。

その一例として、厚生労働省幹部は「(筆者注：地域医療構想が描く)医療提供体制に対し、診療報酬がどう支援するのか、どう寄り添うのか今後議論してもらおう課題」<sup>34</sup>、「報酬算定のいろいろな選択肢を提供し、より変化しやすくする、あるいは変化を後押しする。それが『寄り添う』『支える』の意味。(略)診療報酬が『引っ張り回す』『実態がないところに、経済的な動機付けで誘導する』ことを主たる政策手段にした場合、いい結果に結び付かないと考えています」<sup>35</sup>と説明していた。

上記の趣旨を筆者なりに整理すると、それぞれの医療機関の選択肢を広げるような改定を心掛けるが、表1の数字を強引に実現するような診療報酬改定は想定していないという趣旨と思われる。図3で掲げた通り、7:1基準から降りてもらうために「階段」状の類型を設けたのも、選択肢を提示した一例と言えるだろう。

しかし、医療機関の収入に直結する診療報酬のインセンティブは強烈であり、いくら複数の選択肢を提示したとしても、思い切った点数が付いたり、厳しい要件が設定されたりすると、診療報酬が現場の経営を「引っ張り回す」結果になりかねない。

つまり、「地域医療構想に診療報酬が寄り添うか」、それとも「診療報酬が地域医療構想を引っ張り回すか」の違いとは、表1で浮き彫りになった需給ギャップの解消に向けて、「2年に一度の改定で点数や要件を少しずつ変えて誘導するか」「一度の改定で思い切って点数や要件を変更するか」というスピード感の違いに他ならない。

言い換えると、中医協における診療報酬改定の議論は毎回、診療側と支払側の合意形成をベースと

<sup>34</sup> 2017年1月25日中医協総会議事録における厚生労働省保険局医療課長の迫井正深氏(当時)による発言。

<sup>35</sup> 厚生労働省保険局医療課長の迫井氏(当時)に対するインタビューの発言。2018年3月12日『m3.com』配信記事を参照。

するため、少しずつ制度改正を積み重ねる漸増主義的な決着が図られる分、これまでの改定は「寄り添う」ように見えていた面がある。

しかし、医療提供体制の構造的な論点を浮き彫りにした新型コロナウイルスの影響、そして表2で掲げた財務、厚生労働両相の合意文などを経て、医療行政を巡るパワーバランスが変容したことで、2022年度改定では診療報酬を通じて政策誘導する傾向が見られたと言える。

この点については、医療機関の経営者から「政策誘導」という批判が出ている点とか、日医から「最近では所管外の政府の組織から診療報酬の細部まで踏み込んだ提案が常態化している」<sup>36</sup>という不満が示されている点も傍証となる。

しかも、同様の発言は診療側だけでなく、本来は提供体制改革を支持するはずの支払側からも示されている。例えば、これから地域で議論が進む紹介受診重点医療機関の加算が創設された点を引き合いに出しつつ、「先付的に評価を決めた」ことに「違和感」を持ったとの声が出ている<sup>37</sup>。中医協を構成する診療側、支払側ともに、同様の違和感を持ったことを踏まえると、改定に及ぼした合意文の影響の大きさを読み取れる。

## 2 | 診療報酬による誘導は続く？

では、今後はどういった展開が続くだろうか。次の大きな節目は2024年度と見られる。この年は2年に1回の診療報酬改定だけでなく、都道府県による6年周期の医療計画見直し、医師の働き方改革本格施行、3年に一度の介護報酬の改定、市町村による3年ごとの介護保険事業計画の見直しという制度改正が一斉に到来する「節目」の年に当たるため、表4のような様々な見直しの論点が想定される<sup>38</sup>。

表4：2024年度に予定されている医療・介護分野の制度改正と主な論点

医療分野	予想される主な論点
医療計画の改定	➢ 都道府県が6年周期で見直す計画の改定。病床再編や病院統合を目指す「地域医療構想」の推進策のほか、医師確保、外来機能分化などの内容や推進方策、新興感染症への対応も追加。病床再編や病院統合の進め方、新興感染症に備える病床・人員の確保などが焦点に？
診療報酬改定	➢ 2年周期で国が実施している改定。病床機能分化や在宅医療の充実などが焦点に？
医師の働き方改革	➢ 医師の超過勤務を960時間または1,860時間に抑制する改革。医療機関は短時間計画の策定などが必要に。現場から不安が示されている「医療機関への診療応援が困難になる」「収入の減少で常勤医が離職」「研修医の地方引き揚げ」といった「副反応」が焦点に？。
介護分野	予想される主な論点
介護保険制度改正	➢ 3年ごとに国が実施している制度改正。ケアプラン有料化や軽度者向け給付や総合事業の見直し、医療・介護連携や介護予防の強化、人材確保などが焦点に？
介護保険事業計画の改定	➢ 上記の制度改正を受けて、市町村が3年周期で見直している「介護保険事業計画」の改定。医療・介護連携や介護予防の強化、人材確保などが論点に？
介護報酬改定	➢ 3年ごとに国が実施している改定。医療・介護連携や介護予防の強化、人材確保などが論点に？

出典：各種資料を基に筆者作成

こうした中で、病床再編による医療費適正化に期待する経済財政諮問会議や財務省が診療報酬改定を通じた誘導を主張することは十分、予想される。実際、経済財政諮問会議ではコロナ禍以前の2019

<sup>36</sup> 2022年3月27日に開催された日医の代議員会における中川氏の発言。同日配信の『m3.com』配信記事を参照。ただし、この発言は今回のメインテーマである提供体制改革だけでなく、経済財政諮問会議や規制改革推進会議の意向が強く反映されたオンライン診療を巡る制度改正も、念頭に置いていると思われる。オンライン診療の制度改正を巡る経緯については、2022年5月16日拙稿「[2022年度診療報酬改定を読み解く\(上\)](#)」に加えて、2021年12月28日拙稿「[オンライン診療の特例恒久化に向けた動向と論点](#)」、2020年6月5日拙稿「[オンライン診療を巡る議論を問い直す](#)」を参照。

<sup>37</sup> 健保連理事の松本真人氏に対するインタビューでの発言。『社会保険旬報』No. 2854を参照。

<sup>38</sup> 2024年度同時改定に向けた展望については、2022年1月17日拙稿「[2022年度社会保障予算を分析する](#)」も参照。

年時点で、「急性期（7対1）病床や療養病床の転換に向けた診療報酬措置の効果を検証し、転換を加速する対応策を講ずべき」などの意見が出ていた<sup>39</sup>。

さらに、財務省も今年4月の財政制度等審議会<sup>40</sup>で、「医療政策の内容やその制度設計、診療報酬体系や個別の改定項目について財政当局や当審議会が具体的に提言していくことは当然の責務」とする資料を提出している。

厚生労働省は2024年度の医療計画改定に向けて、コロナ禍でストップしている病床再編の議論を再起動させるように都道府県に要請しているが、地域での議論が進まない場合、診療報酬改定による誘導を促す意見が強まることが予想される。

## 10——今回の改定で浮き彫りになった傾向(2)～かかりつけ医機能の明確化の方向性～

第2に、かかりつけ医の機能が一定程度、明確になった点である。かかりつけ医に関して、日医などが2013年8月に公表した提言<sup>41</sup>で「なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師」とされているが、その役割は曖昧である<sup>42</sup>。

実際、「かかりつけ薬剤師・薬局」「小児かかりつけ医」などの仕組みは作られているが、医科の診療報酬で「かかりつけ医」の名称を冠した制度は存在しないし、かかりつけ医に要件や能力の基準が設定されているわけではない。

付言すると、日医が2022年4月の提言<sup>43</sup>で指摘している通り、かかりつけ医とは「患者が医師を表現する言葉」であり、かかりつけ医を決めるのは患者自身である。つまり、極論かもしれないが、筆者が旧知の医師に対し、「何かあったらよろしくね」とお願いするだけでも、患者から見た「患者—かかりつけ医」の関係は成立する。さらに、「内科はA医師」「膝はB医師」といった形で、かかりつけ医を複数持つことも可能であり、「かかりつけ医」という言葉は患者の受療行動に依る部分が非常に大きい。

その分、制度的な役割や位置付けは明確ではなく、経済財政諮問会議や財務省、健保連は医療費を抑制する観点に立ち、「かかりつけ医の制度化」、つまり患者が必ずかかる医療機関を限定する登録制度の導入を提案している。

一方、2022年度診療報酬改定では、機能強化加算の要件が表3の通りに細かく決まり、かかりつけ医が果たすべき機能が診療報酬でも一定程度、明確になったと解釈できる。この背景には表2で掲げた財務、厚生労働両相の合意文による影響に加えて、昨年末に改定された「新経済・財政再生計画改革工程表」で「2020年度診療報酬改定における地域包括診療加算の施設基準の見直し等、かかりつけ医機能に係る診療報酬上の対応について、その影響の検証等を踏まえ、2022年度診療報酬改定において必要な見直しを検討」と定められたことも関係していると思われる。

<sup>39</sup> 2019年10月28日、経済財政諮問会議有識者委員提出資料を参照。

<sup>40</sup> 2022年4月13日、財政制度等審議会財政制度分科会資料を参照。

<sup>41</sup> 2013年8月8日、日医など「医療提供体制のあり方 日本医師会・四病院団体協議会合同提言」を参照。

<sup>42</sup> かかりつけ医の曖昧さなどについては、2021年8月16日拙稿「[医療制度論議における『かかりつけ医』の意味を問い直す](#)」を参照。

<sup>43</sup> 2022年4月27日に公表された日医資料「国民の信頼に応えるかかりつけ医として」を参照。



今後、2024年度以降の診療報酬改定で、要件や基準が追加されたり、別の加算が創設されたりすれば、結果的に「かかりつけ医とは何か」という制度的な位置付けが明確になる可能性も想定される。実際、かかりつけ医の制度化を期待する支払側は機能強化加算の見直しに関して、「次につながる一步」と受け止めている<sup>44</sup>。

しかし、表3を細かく見ると分かる通り、要件では「必要に応じ」「いずれか」という言葉が多用されているため、それほど厳格な基準とは言えない。さらに、かかりつけ医の制度化に関しては、日医が「医療費抑制のために国民の受診の門戸を狭めるようなことであれば認められない」「必要ときに適切な医療にアクセスできる現在の仕組みを守る」と強く反対している<sup>45</sup>。

このため、「かかりつけ医の制度化」を求める財務省や経済財政諮問会議と、これに反対する日医との間で攻防が今後、激化する可能性が高い。

## 11——今回の改定で浮き彫りになった傾向(3)～医療機関の連携の重要性～

もう一つの浮き彫りになった傾向は医療機関同士の連携の重要性である。これは古くは1980年代から論じられている<sup>46</sup>上、過去にも制度改正が積み重ねられてきた面があり、決して目新しい問題ではないが、その傾向は2022年度改定で一層、浮き彫りになったと言える。

幾つか事例を挙げると、(上)で述べた新興感染症への対応では、感染症対策の中心となる病院と診療所の連携が強く意識されていたし、本稿で述べた地域包括ケア病棟の役割明確化では自院からの転棟について減算規定が設けられたことも要注目である。

つまり、地域医療構想や外来機能分化、医師の働き方改革を通じて、それぞれの医療機関が「自院の立ち位置」を明確にし、図1や図2で示したような役割分担と連携を図ることが一層、強く求められていると言える。

## 12——残された論点

しかし、残された論点は多い。例えば、「医療機関同士の機能分化や連携が長らく論じられているのに、なぜ進まないのか」という問いを考えると、日本の医療制度の構造的な論点に行き当たる。

具体的には、日本の医療制度では、患者が自由に医療機関を選べる「フリーアクセス」が採用されている上、医療提供体制の多くを民間資本が占めているため、それぞれの医療機関は患者獲得や医師の確保で競争している。その結果、自前で人員や設備を持ちたがる傾向が強く、医療機関同士の連携が進みにくい構造を有している。

言い換えると、機能分化や役割分担を現場で機能させる上では、患者獲得を巡る競争の制限が一定程度、必要であり、そのために必要な制度改正として、フリーアクセスを修正する登録制度の採用(かかりつけ医の制度化)が考えられる。

さらに、2015年の通常国会で制度化された「地域医療連携推進法人」の活用も想定される。これは

<sup>44</sup> 健保連理事の松本氏に対するインタビューでの発言。『社会保険旬報』No. 2854を参照。

<sup>45</sup> 2022年4月27日の記者会見における日医会長の中川氏の発言。同日『m3.com』配信記事、日医ウェブサイト参照。

<sup>46</sup> 医療機関の機能分化に関しては、1985年の医療計画制度導入時から論じられている。竜聖人(2018)『医療供給制度改革の政治過程』筑波大学博士論文などを参照。

複数の医療法人が一種の持ち株会社のように一つのグループに入るとともに、職員の共同研修や医薬品の共同購入、診療科や病床の役割分担・再編などに取り組むことを通じて、「連携以上、統合未満」の関係性を作ることが想定されており、今年1月までに30法人が全国で認定されている。

筆者自身は同法人を発展させる形で、都道府県と医療機関が契約または協定を交わすことで、地域における医療機関同士の連携や役割分担、新興感染症への対応などを明確にする制度（必要に応じて都道府県が財政支援する制度も含む）が望ましいと考えている。

しかし、かかりつけ医の制度化や地域医療連携推進法人の活用、契約制度の導入などに関しては、2022年度診療報酬改定の解説という本稿の役割を大きく超えた内容を含んでおり、日を改めて詳述したい。

### 13—おわりに

以上、(上) (下) 2回で2022年度診療報酬改定を巡る経緯や内容、そこから得られる示唆などを考察した。特に今回の(下)では地域医療構想、医師の働き方改革など医療提供体制改革に関する改定項目を取り上げることで、高度急性期の重点化など一部で思い切った点数が付いた点、その背景として新型コロナウイルスの影響、さらに財務、厚生労働両相の合意文が影響したことを指摘した。その結果、地域医療構想を含めた提供体制改革を進める上での方法論として、診療報酬による政策誘導の傾向が浮き彫りになりつつある点などを論じた。

元々、地域医療構想は「病院部門内、入院と外来、医療と介護、の役割を同時に調整する作業であり、複雑さと困難さが非常に高い」<sup>47</sup>と評されており、さらに外来機能分化、医師の働き方改革、医師の偏在是正など別の「変数」も加わり、その上に新型コロナウイルスを教訓とした新興感染症への対応も重なり、医療提供体制改革の先行きは益々、見えにくくなっている。

こうした中、診療報酬によるテコ入れを促す意見は今後も強まる可能性があり、様々な制度改革が同時に到来する2024年度改定でも今回と同じような議論が展開されるかもしれない。言い換えると、地域での病床再編の議論が進まなければ、診療報酬による誘導を求める機運は一層、強まることが予想される。

実際に病床を再編しようとする、医療機関へのアクセスの悪化を恐れる市町村や住民の反発が示されるケースが少ないため、病床再編は決して容易ではないが、診療報酬改定が医療機関の経営に及ぼす影響は強烈であり、診療報酬の操作だけに頼ると、現場に様々な歪みが生まれる危険性もある。地域医療構想や医師の働き方改革を現場レベルで推進する都道府県を中心に、地域の実情に応じた改革も併せて求められる。

<sup>47</sup> 泉田信行（2016）「医療サービスの供給確保・地域医療構想」『社会保障研究』Vol.1 No.3を参照。