

基礎研 レポート

2024年度トリプル改定を読み解く (上)

物価上昇で賃上げ対応が論点に、訪問介護は不可解な引き下げ

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

1—はじめに～2024年度トリプル改定を読み解く、物価上昇で賃上げ対応が論点に～

医療・介護・障害福祉サービスの公定価格の新たな体系が2024年6月からスタートした。今回は2年サイクルで改定されている医療機関向け診療報酬本体と、3年周期で変更されている介護報酬、障害福祉サービス報酬の見直しが同時に到来した（いわゆる「トリプル改定」）ことで、医療・介護・障害福祉にまたがる領域に関して、多機関・多職種の連携を促す見直しが講じられた。

さらに、今回の改定では、物価上昇に伴って現場の専門職の賃上げ対応も大きな論点となり、近年よりも高いプラス改定率になった。これは長く続いたデフレ下では見られなかった事象であり、「潮目」の変化と理解できる。このほか、急性期病床の見直しなど医療提供体制改革とか、訪問介護の基本報酬カットなど、トリプル改定には多くの論点がある。

そこで、本稿では3回シリーズで、トリプル改定の論点を読み解く。第1回の今回は医療、介護、障害福祉の横断的なテーマとして、賃上げ対応が話題になった点を取り上げた上で、その結果や意味合いを考える。具体的には、賃上げに関する財源確保や方法などについて、与党や財務省、日本医師会による激しい攻防が交わされたため、その経緯を振り返る。さらに、診療報酬本体の改定率がプラスになった「見返り」のような形で、生活習慣病関係の加算見直しも決まったため、その内容も検討する。

このほか、訪問介護の基本報酬を引き下げる不可解な決定に対し、現場や業界団体の不満が渦巻いており、その経緯なども考察する。（中）では急性期病床や高齢者救急の見直し、多職種・多機関連携の促進など提供体制改革を医療、介護、障害福祉に渡って横断的に検討する。（下）では医師の超過勤務削減を目指す「医師の働き方改革」などの論点とか、審議会の議論をバイパスする動きが継続した点などをピックアップする。

2—トリプル改定の全体像

1 | 診療報酬本体はプラス0.88%、介護は1.59%プラスの改定

「全部が難しかった」——。トリプル改定の決着を受けた記者会見で、このように武見敬三厚生労働相

は振り返った¹。確かに今回の改定では、2年に1回の頻度で変更されている医療機関向けの診療報酬改定と、3年周期の介護報酬、障害福祉サービス報酬の見直しが6年ぶりに重なったことで、多様な論点が見直しの俎上に上った。さらに、改定率の調整に際しても、プラスに向かう流れとマイナスに繋がる議論が同時に展開され、複雑な様相となった²。

まず、プラス改定に向かう流れとしては、物価上昇に対応する賃上げが重要な論点になった。医療機関や介護・福祉事業所の場合、賃金や物件費は市場実勢の影響を受ける一方、収入の多くを公定価格である診療報酬、介護報酬、障害福祉サービス報酬に頼っており、他の産業のように価格に転嫁できない。その結果、インフレ局面では一種の逆ザヤ状態が生まれやすい。特に人手不足が顕著な介護・障害福祉でのテコ入れ策が課題となり、これは従来のデフレ下での改定とは大きく異なる展開だった。

言い換えると、長らく続いたデフレの下では、名目と実質が同じか、実質が名目を上回っていたが、物価上昇の長期化に伴い、実質が名目を下回る状況となり、実質ベースの賃上げ幅が論点になったわけだ。費用抑制を重視する健康保険組合連合会（以下、健保連）の松本真人理事は「我々が想定した以上に、賃上げや物価高騰に対応するべきという『風』があり、それは我々にとって向かい風で、診療側には追い風だった」と振り返っている³。

一方、財政健全化の観点に立ち、国の社会保障費の伸びを毎年5,000億円程度に抑制する方針が継続していたため、その整合性が問われた。さらに、岸田文雄政権が掲げる「次元の異なる少子化対策」で、「実質的な国民負担を増やさない」という方針が繰り返し強調された⁴ため、こちらの観点でも社会保障費を抑制する流れが強まった。つまり、プラス改定となる要因と、マイナス改定に向かう話が交錯し、全体としては「右向け左」と言わなければならない難しい対応を強いられたわけだ。

こうした中、最終的に診療報酬本体はプラス0.88%、薬価は▲0.97%、材料価格は▲0.02%となった。さらに、本体部分では賃上げ分として、看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種について、プラス0.61%分の改定財源が確保されたほか、40歳未満の勤務医師、勤務歯科医師、薬局の勤務薬剤師、事務職員、歯科技工所などで従事する者の賃上げとして、プラス0.28%分も確保された。こうした改定に加えて、賃上げ促進税制などの活用も加味すると、ベースアップが2024年度でプラス2.5%、2025年度でプラス2.0%になると説明されている。このほか、インフレ対応の一環として、入院時の食費基準額を1食当たり30円引き上げるための財源として、プラス0.06%が増額された。食費基準額の引き上げは1997年度以来となる。

一方、介護報酬改定はプラス1.59%となった。このうち、介護職員の処遇改善でプラス0.98%、その他の改定率がプラス0.61%とされており、処遇改善加算の簡素化による賃上げ効果などを加味すると、プラス2.04%の増額になると説明されている。

障害者総合支援法に基づく障害福祉サービスの報酬に関しても、プラス1.12%となり、同じく処遇改善加算の見直し効果などを加味すると、プラス1.5%を上回る水準が確保されたとされている。

なお、上記の引き上げに要する必要な国費（国の税金）の概算は診療報酬で822億円、介護報酬で432

¹ 2023年12月22日、厚生労働省ウェブサイト「武見大臣会見概要」を参照。

² トリプル改定の予算編成に関しては、2024年1月25日拙稿「[2024年度の社会保障予算の内容と過程を問う（上）](#)」を参照。

³ 2024年6月1日『社会保険旬報』No. 2929におけるインタビューを参照。

⁴ 2024年度予算における少子化対策の財源確保に関しては、2024年2月14日拙稿「[2024年度の社会保障予算の内容と過程を問う（下）](#)」を参照。

億円、障害福祉サービスで 162 億円と見込まれている。

2 | 診療報酬と一部の介護報酬は 6 月改定に移行

今回の改定から診療報酬と介護報酬の一部について、改定時期が 6 月に切り替わった。これまで新体系は毎年 4 月からスタートしていたが、移行期間が短く、システム改修などに関する医療機関やベンダー会社の作業負担が重なったため、現場では「デスマーチ」（死の 3 月）などと呼ばれていた。

そこで、薬価を除く診療報酬は 6 月改定に切り替わった。介護報酬に関しても、医療との関係が深い訪問看護、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、居宅療養管理指導に関しては、薬価を除く診療報酬と同様、6 月に施行されることになった。

3 | 複雑に入り組んだ診療報酬の「ミシン目」

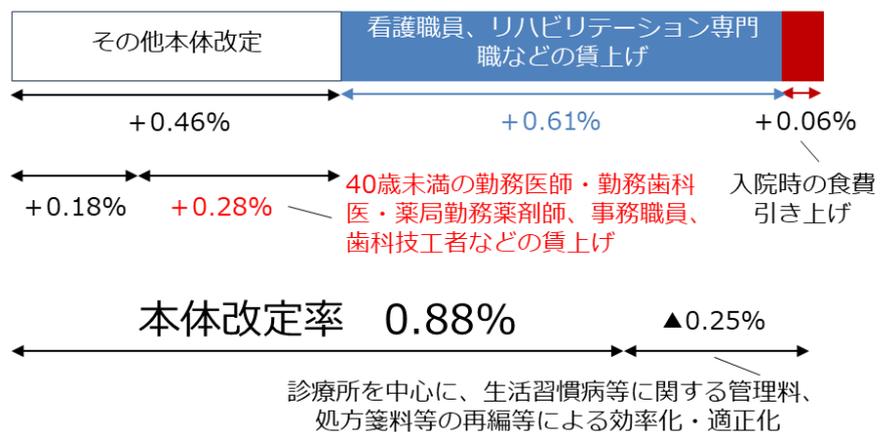
今回の注目点として、報酬改定の財源に「ミシン目」が入ったことである。特に複雑なのは診療報酬であり、そのイメージは図表 1 の通りである。具体的には、看護職員やリハビリテーション専門職などの賃

上げとして 0.61%、入院時の食費の値上げで 0.06%が充てられることになった。このほか、上記を除く「改定分」と説明されている 0.46%のうち、0.28%分については、40 歳未満の勤務医や薬局勤務薬剤師、事務職員の賃上げ財源として見込まれている。つまり、賃上げは計 0.89%分が確保されたことになる。

さらに、既述した通り、介護報酬や障害サービス報酬も、処遇改善の部分と、それ以外の財源が切り分けられた。

では、図表 1 のような形で複雑に改定財源が入り組んだのはなぜだろうか。これを理解する上では、改定率決着を巡る利害調整の過程を見る必要がある。以下、少し迂遠になるかもしれないが、昨年の政策決定過程を振り返る。

図表1：診療報酬本体の改定の内訳



出典：財務省、厚生労働省資料を基に作成

3——改定率を巡る攻防

1 | 骨太方針の文言の変化

賃上げ対応を巡る利害調整の難しさについては、2023 年 6 月に閣議決定された「骨太方針（経済財政運営と改革の基本方針）」の検討過程に現れていた⁵。経済財政政策の方向性を示す骨太方針は経済財政諮問会議を中心に毎年 6 月頃に閣議決定されており、予算編成の「前哨戦」として、文言を巡っ

⁵ 骨太方針の記述から見える論点については、2023 年 10 月 24 日拙稿「[どうなるダブル改定、インフレ下で難しい対応](#)」でも取り上げた。

て複雑な利害調整が交わされる。その過程では、経済財政諮問会議に提出された原案段階の文言が閣議決定の段階で修正されることがあり、2023年版でも文言の変化が見られた。

まず、6月7日の経済財政諮問会議に提出された原案では、「次期診療報酬・介護報酬・障害福祉サービス等報酬の同時改定においては、物価高騰・賃金上昇、経営の状況、支え手が減少する中での人材確保の必要性、患者・利用者負担・保険料負担の抑制の必要性を踏まえ、必要な対応を行う」と書かれていた。

要するに、前半ではインフレ対応や人材不足への配慮の観点で、診療報酬、介護報酬、障害福祉サービス報酬を引き上げる必要性が示された一方、医療・介護・福祉サービスの報酬を引き上げると、患者・利用者負担や保険料の増額に跳ね返るため、後半では「抑制の必要性」が言及されていたわけだ。

しかし、6月16日に閣議決定されたバージョンでは、トリプル改定に関して、「次期診療報酬・介護報酬・障害福祉サービス等報酬の同時改定においては、物価高騰・賃金上昇、経営の状況、支え手が減少する中での人材確保の必要性、患者・利用者負担・保険料負担への影響を踏まえ、患者・利用者が必要なサービスが受けられるよう、必要な対応を行う」という文章に変更された。

ここでの注目は「抑制の必要性」という文言が消え、「影響を踏まえ」という表現に変わった点である。つまり、費用抑制のニュアンスが少しトーンダウンした形となった。恐らく与党や関係団体の間で、物価上昇の影響に対する危機感が強く、費用抑制に繋がるような文言が修正されたと推察される。この辺りの経過を通じて、賃上げ対応に関する「風」の強さを見て取れる。

その半面、閣議決定版の文章では「令和6年度予算編成に向けた考え方」に沿って、歳出改革を進める旨も追記されており、歳出拡大を懸念する財務省の意向に沿う文言も盛り込まれていた。

要するに、骨太方針の検討過程では、引き上げを望む厚生労働省や与党、関係団体と、抑制を望む財務省の間で、トリプル改定に関して激しい攻防が水面下で交わされた結果、事実上の両論併記になったと言える。さらに、こうした意見対立は予算編成過程で表面化し、財務省と日本医師会（以下日医）の間で激しい攻防が交わされた。

2 | 財務省の調査と主張、その反響

その「号砲」となったのが2023年11月の財政制度等審議会（財務相の諮問機関、以下は財政審）に提出された資料だった⁶。この時の財政審で、財務省は「診療所の利益剰余金が積み上がっていることを踏まえ、診療所の報酬単価を引き下げ、保険料負担減・窓口負担軽減に繋げる必要がある」とする資料を提出した。

具体的には、新型コロナウイルス関係の補助金や診療報酬の加算による影響で、診療所の収益は過去2年間で12%増加する一方、経常利益率は3.0%から8.8%に急増していると指摘し、賃上げには利益剰余金を充てるように主張した。その後、同年11月の財政審建議（意見書）でも、「診療所の経常利益率（8.8%）が全産業やサービス産業平均の経常利益率（3.1~3.4%）と同程度となるよう、5.5%程度引き下げるべき」と踏み込んだ内容が盛り込まれた。

⁶ 2023年11月1日、財政制度等審議会財政制度分科会資料を参照。

管見の限り、財務省は財政審に「高めのボール」を投げ込むことで、その後の利害調整を有利に運ぶ戦術を好む。このため、世間の耳目を集めるような内容のペーパーが財政審に提出されたこと自体、それほど意外とは言えない。

むしろ、関係者の注目を集めたのが「機動的調査」だった、これは都道府県に報告される決算データを集計した独自の調査であり、財務省の出先機関である財務局のネットワークを使って収集された。しかも、厚生労働省が診療報酬改定の際に用いる「医療経済実態調査」よりも多くのサンプル数を集め、診療所の経営を分析するとともに、暦年の変化も把握することで、上記の主張の裏付けとして使われた。その際、一部の都道府県では医療機関の決算データがオンラインで公開されておらず、財務局職員が「人海戦術」で紙ベースのデータを収集したようだ⁷。

3 | 与党のプレッシャーと改定率を巡る政治過程

こうした財務省の意見に対し、日医の松本吉郎会長は「通常の医療とコロナ対応で頑張った医療従事者のまさに心が折れる」「マイナス改定は全くもって現実的ではない」などと猛反発した⁸。武見氏も「高齢化が進展するなかで医療分野の賃上げは極めて重要だ」と語った⁹。

さらに、与党サイドからも「物価が上がり、政府を挙げて人件費を上げなければいけないと言っている中で、診療報酬改定をマイナスにするとは驚いた。その中身を見ると完全に分断を図ろうという意図が見え見えだ。開業医の狙い撃ちだ」「報酬改定でしっかりと賃金を上げられる財源を確保しなければいけない」という意見が出る¹⁰など、改定率を巡って例年よりも激しいサヤ当てが演じられた。

特に、ここでは「分断」「狙い撃ち」という言葉が重要と思われる。財務省の主張は「診療所」に限定されており、「病院と診療所を分断することで、主に開業医で構成する日医を孤立させようとする動き」と受け止めたと思われる。実際、日医会長の松本氏も「どこかを削ってそれを財源に回すといった発想ではなく、医療・介護の従事者、全職種の賃上げを果たすことが極めて重要」と述べていた¹¹。

結局、改定率を巡る対立は2023年12月末の最終局面まで続いた。この種の利害調整では通常、官房長官や与党政調会長、与党関係議員が間に入ることで、12月末の予算案確定までに意見対立の溝は少しずつ埋まっていくのだが、今回の改定では厚生労働省などが1%超の引き上げを求めたのに対し、伸び幅を0.2~0.3%程度に収めたい財務省が反対。最後まで折り合いが付かず、大臣合意と首相裁定に持ち込まれたようだ。それだけ賃上げを望む「風」が強かったと言えるし、自民党の政治資金問題で、政府・与党の意思決定システムが機能不全に陥っていた点も指摘できるだろう。

では、こうした改定率の決着をどう評価すればいいだろうか。以下、診療報酬改定に関わる論点として、賃上げやインフレ対応の評価を試みるとともに、賃上げを図る方法として、複雑な加算制度が作られた点を考察する。その上で、賃上げ対応を加算で縛る手法の利点と欠点を検討するほか、賃上げ対応の「見返り」的に決まった生活習慣病関係の見直しの内容や影響なども論じる。介護報酬と障害福祉サービス報酬

⁷ 機動的調査の進め方などについては、土居丈朗（2023）『「診療所の儲けは8.8%」と示した財務省の人海戦術』『東洋経済ONLINE』2023年12月4日に詳しく紹介されている。

⁸ 2023年11月22日の記者会見における発言。同日『m3.com』配信記事を参照。

⁹ 2023年12月13日『日本経済新聞』電子版配信記事から引用。

¹⁰ 2023年12月4日に開催された日医など関係42団体で構成する国民医療推進協議会の総決起大会における自民党の田村憲久政調会長代行・元厚生労働相の発言。同日の『m3.com』配信記事を参照。

¹¹ 同上配信記事を参照。

に関しては、本稿の後半で触れることにする。

4—診療報酬改定に対する評価

1 | 賃上げ、インフレ対応の評価

まず、医療機関向け本体の改定率は 0.88%のプラスとなり、図表 2 で示した過去の改定率と比べても、それなりに高いレベルで決着した。このため、2%程度の物価上昇率に比べると、決して高いとは言えないが、厳しい財政事情の中、物価・賃金上昇への対応が意識されたのは間違いない。

実際、日医会長の松本氏は決着後の記者会見で、「物価・賃金の動向、保険財政や国の財政など、さまざまな主張や議論を踏まえた結果であり、必ずしも満足するものではないが、率直に評価をさせて頂きたい」と述べている¹²。

図表2：最近の診療報酬本体と介護報酬の改定率

年度	診療報酬本体の改定率	介護報酬の改定率
2012年度	1.38%	1.2%
2014年度	0.73% (注1)	——
2015年度	——	▲2.27%
2016年度	0.49%	——
2018年度	0.55%	0.54%
2020年度	0.55% (注2)	——
2021年度	——	0.70%
2022年度	0.43%	——
2024年度	0.88%	1.59%

2 | 複雑な加算体系

ここで注目されるのが診療報酬改定における賃金引き上げの方法である。今回の診療報酬改定では、看護職員やリハビリテーション職員などの給与を引き上げるため、加算に相当する「ベースアップ評価料」が新設された。図表 1 で言うと、青色及び青字の部分に相当するプラス 0.61%の部分である。

この仕組みは非常に複雑であり、外来・在宅医療に関しては、外来医療または在宅医療を提供している医療機関を対象とした「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）」（初診時の場合は1日当たり6点、1点は10円、以下は同じ）が創設された。

さらに、外来医療または在宅医療を手掛ける診療所に対する「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）」は8段階で設計され、1日当たり初診または訪問診療を実施した場合は8点、条件をクリアした場合は最大64点を取れるとされた。入院でも「入院ベースアップ評価料1」（1点）から「入院ベースアップ評価料165」（165点）まで165段階の加算が細かく積み上げられた。

こうした複雑な加算を通じて、賃上げが実施されることになった理由について、中央社会保険医療協議会（中医協、厚生労働相の諮問機関）会長を務める小塩隆士・一橋大経済研究所特任教授は「医療従事者の働き方は地域や医療機関によって大きく異なり、公平な賃上げを実現するために、報酬面で細かな調整が必要になりました」と説明している¹³。

一方、改定財源のうち、図表 1 の赤字で示した 0.28%の部分については、40歳未満の勤務医師や勤務歯科医師、事務職員の賃上げに充てるとされたが、加算が設定されたわけではない。このため、賃上げに回

出典：厚生労働省資料を基に作成

注1：消費税に伴う医療機関のコスト増への対応分を含む。

注2：消費税を活用した救急病院勤務医の働き方改革への特例対応を含む。

注3：薬価の毎年改定や消費税引き上げに伴う2019年度分の改定は省略。

¹² 2023年12月20日の記者会見における発言。同日『日医ニュース』配信記事を参照。

¹³ 2024年5月13日『週刊社会保障』No. 3267におけるインタビューを参照。

る明確な保証がないとして、中医協の支払側から厳しい意見が示されている。

例えば、健保連は「我々としては忸怩たる想いもある」「目的が達成できていない場合には、次回改定で見直すということも当然」とクギを刺している¹⁴。日本労働組合総連合会（以下、連合）も同じ観点に立ち、「加算ではなくて（筆者注：初診料などと）一緒になっていると、賃上げにどの部分が使われているかが分からない」としている¹⁵。

これに対し、日医会長の松本氏は「手当てされた分は、スタッフの方々にそれを届ける責務がある」と述べている¹⁶。賃上げの改定財源には貴重な保険料や税金（公費）が充当されているだけに、健保連や連合が主張する通り、その使途を厳しく問うことは重要であり、日医が言う「責務」が果たされたのか検証が欠かせない。

3 | 賃上げ対応を加算で縛る手法の利点と欠点

その半面、ベースアップ評価料のような加算で縛る利点と欠点は意識する必要がある。今回のように加算で給与を引き上げる方法は元々、介護・障害福祉職員の処遇改善加算で始まった経緯があり、体系が簡素化された 2024 年度改定を含めて、2012 年度以降、財源が確保されたタイミングなどを通じて、給与が段階的に引き上げられてきた。

その後、介護・福祉職員と同様の仕組みが看護職員の給与引き上げでも採用され、2022 年度改定では看護職員の給与引き上げに関する加算措置として、「看護職員処遇改善評価料」が創設された¹⁷。こちらも確実な給与引き上げに繋がるように加算で使途が制限されており、これら全ての加算では給与水準の変化などを国に報告することも義務付けられている。

今回のベースアップ評価料では、上記で挙げた先例が参考にされた経緯があり、プラス面としては、財源を着実に給与引き上げに回せる点を指摘できる。その結果、現場職員は恩恵を受けるし、裏付けとなる保険料や公費（税金）を負担する人に対する説明責任も果たされやすくなる。

一方、マイナス面として、資料提出など医療機関の事務負担が増える点は否定できない。実際、中医協会長の小塩氏は今回の対応について、「医療提供体制を維持するために必要」としつつも、「医療機関の方々の事務作業が膨らむことは申し訳ない」と理解を求めている¹⁸。先例となった介護職員の処遇改善加算も繰り返し見直しが入った結果、現場の事務負担が増大していることを考えると、同じような不満が医療現場から示される可能性が高い。日医の長島公之常任理事もベースアップ評価料について、「仕組みが複雑で細かな計算が必要になるため、実際にはどのように算定し、具体的にどの程度の賃上げが行えるのか、見通しがつきづらいといった不安の声が（筆者注：現場から）上がっている」と認めている¹⁹。

この関係では、厚生労働省が開催したオンラインセミナーに注目したい。厚生労働省はベースアップ評価料を解説するセミナーを開催し、アーカイブも YouTube に載せている²⁰。特に、新体系がスタートする直

¹⁴ 2024 年 2 月 14 日の記者会見における健保連の三宅泰介政策部長の発言。同月 15 日『ミクス Online』配信記事を参照。

¹⁵ 2024 年 2 月 14 日の記者会見における連合総合政策推進局の佐保昌一局長の発言。同日の『m3.com』配信記事を参照。

¹⁶ 2024 年 2 月 14 日の記者会見における日医会長の松本氏の発言。同日『m3.com』配信記事を参照。

¹⁷ 看護職の給与引き上げについては、2021 年第 2 次補正予算に必要経費が全額国費（国の税金）で計上された。その後、2023 年度予算から保険制度の枠内で対応する形に変更された。

¹⁸ 2024 年 5 月 13 日『週刊社会保障』No. 3267 におけるインタビューを参照。

¹⁹ 『日経ヘルスケア』2024 年 5 月号におけるインタビューを参照。

²⁰ ここでは専ら 2024 年 5 月 20 日に開催されたオンラインセミナーを参照。<https://www.youtube.com/watch?v=0N4KCCIQM58>

前の5月に開催されたセミナーでは冒頭、伊原和人保険局長が図表3の資料を示しつつ、「特に開業の先生方にとっては『面倒臭い』とか、『手間が掛かるんじゃないか』というご意見も伺いますけど、(略)届出は意外と簡単で3ステップでできます」と説明。さらに、ベースアップ評価料に関する資料の提出期限を6月3日から6月21日にまで延長する方針も示した。

しかも、セミナーには日医理事の長島氏と民間コンサルタントが同席し、伊原氏の説明の後、長島氏が質問、民間コンサルタントが答えるという形式で、ベースアップ評価料の提出方法や留意点などが事細かに解説されていた。

管見の限り、こうした対応は極めて異例であり、賃上げに対する厚生労働省と日医の強い思いが伺えるとともに、「制度が複雑」「手続きが煩雑」といった現場の不満に対応する狙いがあると見ても差し支えないだろう。

しかし、2026年度以降の対応を視野に入れると、制度の複雑化が進む危険性が高い。そもそもの前提として、現在の経済情勢を踏まえると、2026年度診療報酬改定でも賃上げ対応は引き続き焦点になると見られており、厚生労働省幹部は「他の産業でも賃上げが進む中で、医療分野でいかに人を確保し続けられるかが大切」²¹、「医療・介護人材の処遇改善は、今後も重要課題の一つになる」²²と述べている。

このため、ベースアップ評価料の仕組みが継続されることはほぼ間違いないと思われる。実際、日医は「2年後の改定でもベースアップ評価料を継続して、その時の状況にふさわしい賃上げ対応ができる原資を確保することです。そうでなければ、各医療機関が安心して賃上げすることができません」と期待感を示している²³。

さらに、介護職員処遇改善加算が継続されている点を引き合いに出しつつ、中医協の診療側委員の一人も「評価料をなくすことはできないと考えています」「入院基本料や初再診料を大幅にアップできる局面が来ない限り、外せない点数になっている」との認識を披露している²⁴。

一方、一般的な傾向として、診療報酬の加算は改定の度に複雑化することが多い。複雑で多様な医療現場へのテコ入れを診療報酬という単一のルールで統制しようとする、「〇〇の場合は加算」「××を満た

図表3：ベースアップ評価料に関する厚生労働省のオンラインセミナーの説明資料

令和6年度診療報酬改定で新設

外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)

を算定しましょう!

外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)(1日につき)	
1 初診時	6点
2 再診時等	2点
3 訪問診療時	
イ 同一建物居住者等以外の場合	28点
ロ イ以外の場合	7点

➡ 評価料の収入の全額を賃上げ(職員のペア等)に充当しましょう

届出は簡単、「3」ステップ!!

STEP1

「届出書」「賃金改善計画書」を作成
(届出については、次ページへ)

STEP2

メールで提出 ※紙面での提出も可
(6月から算定する場合、R6.5.2~R6.6.21
までに地方厚生局へ提出)
※ベースアップ評価料(Ⅰ)の届出は特例的に6月21日まで延長

STEP3

評価料の算定 & 賃上げを開始

厚生労働省 ひと、くらし、あいの未来を
Ministry of Health, Labour and Welfare

※この他、賃上げに関して、「外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)」、「歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)」、「歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)」、「入院ベースアップ評価料」、「訪問看護ベースアップ評価料(Ⅰ)」、「訪問看護ベースアップ評価料(Ⅱ)」がございます。詳しくは厚生労働省のホームページをご覧ください。

出典：厚生労働省資料から抜粋

同年2月15日にも厚生労働省と日医の共同でセミナーが開かれた。<https://www.youtube.com/watch?v=aS3oLEWSwBs>

²¹ 2024年3月13日『m3.com』配信記事における厚生労働省保険局の眞鍋馨医療課長に対するインタビューを参照。

²² 『日経ヘルスケア』2024年4月号における厚生労働省医療課長の眞鍋氏に対するインタビューを参照。

²³ 2024年5月7日『m3.com』配信記事における日医常任理事の長島氏に対するインタビューを参照。

²⁴ 2024年3月18日『m3.com』配信記事における日本医療法人協会の太田圭洋副会長に対するインタビューを参照。

せば減算」といった形でルールが細かく定められるようになるためである。

その結果、加算のルールや点数は複雑化して行くのが通例であり、恐らく今回のベースアップ評価料についても、何らかの形で制度が複雑になる流れは避けられない。そうなると、事務負担は一層、増えることが予想され、さらに現場の不満は高まるかもしれない。

以上のように考えると、筆者は加算だけに頼る方法は問題が多く、限界もあると考えている。このため、「医療機関の経営状況は千差万別です。地域差もあるでしょうし、診療特性によっても異なる。やはり初再診料や入院基本料などの基本診療料を増点し、医療機関がそれぞれの裁量で最も適した形で賃上げを行うのが本来のあるべき姿」²⁵という意見は重要と考えている。

もちろん、貴重な改定財源がキチンと賃上げに回ったか検証も必要である。このため、例えば医療機関や医療法人ごとに労働分配率が分かるような情報開示を通じて、予算の使途を事後的に検証できる制度設計も選択肢として考えられるのではないかと。実際、今回の診療報酬改定に際して、財務省の機動的調査では厚生労働省の「医療経済実態調査」よりも多いサンプル数を収集し、利益率や剰余金に関して、同一法人の年度ごとの変化が明らかになった。機動的調査の前提や結論については留保が必要だが、こうした方法も参照しつつ、政府による直接的な統制だけに頼らない方策も検討する必要がある。

例えば、2023年8月施行の改正医療法で導入された「経営情報データベース」では、「職員の職種別の給与・人数」が任意提出項目とされており、この仕組みを使った情報開示の強化も一案である。

なお、先に触れた通り、厚生労働省が今回のベースアップ評価料を解説するオンラインセミナーを開催するとともに、そのアーカイブを広く公開している点について、筆者は高く評価したいと考えている。これらは元々、「全ての医療機関でベースアップ評価料を算定していただきたい」²⁶、「ぜひ多くの医療機関で、ベースアップ評価料を算定していただきたい」²⁷という判断の下、医療機関の経営者などに加算取得を促す目的で実施されたと思われる。

実際、オンラインセミナーでも保険局長の伊原氏が図表3を示しつつ、「馴染みのない仕組みだとは思いますが、皆さんに取得頂きたい」などと呼び掛けていた²⁸。このため、オンラインセミナーの視聴者としては、明らかに医療機関の関係者が想定されている。

その半面、これらのオンラインセミナーを通じて、医療機関だけでなく、国・自治体の議員、保険者（保険制度の運営者）や自治体の職員、患者・市民組織、コンサルタント、研究者など様々な関係者が制度改正の情報にアクセスできるようになった面もある。ややもすると、診療報酬改定の議論は関係者だけに閉じることが多いため、こうした形で幅広く情報を提供する工夫に今後も期待したい。さらに、同様の機会は診療報酬だけでなく、改定の度に複雑化しつつある介護報酬、障害福祉サービス報酬でも増やすことが求められる。

4 | 生活習慣病関係の報酬見直し

第3に、生活習慣病の報酬見直しに関わる部分である。図表1で示した通り、▲0.25%の改定率を確保

²⁵ 2024年5月7日『m3.com』配信記事における日医常任理事の長島氏に対するインタビューを参照。

²⁶ 2024年3月8日『m3.com』配信記事における厚生労働省医療課長の眞鍋氏に対するインタビューを参照。

²⁷ 2024年5月7日『m3.com』配信記事における日医常任理事の長島氏に対するインタビューを参照。

²⁸ 2024年5月20日に開催されたオンラインセミナーでの発言を参照。

するため、診療所の生活習慣病対策を中心に報酬体系が見直された。これは診療所の報酬カットを主張していた財務省の意見が部分的に反映された形であり、言わば財務省が予算決着時の大臣合意で、本体プラス改定を呑む際、厚生労働省に約束させた歳出改革という側面を持っていた。

実際、厚生労働省幹部は見直しに至った経緯について、「(筆者注：▲0.25%が求められた診療報酬改定の決着を受けて)我々もいよいよやらなければいけない環境になり、検討を具体化させました」²⁹、「(筆者注：▲0.25%は)『非常に厳しい数字だな。非常に難しい宿題をいただいた』というふうに思いました。ただ、『示された以上、何とかしなければいけない』ということです。その際に、単に適正化するのではなく、何らかの質の向上につながる工夫を行いたいと考えました」と認めている³⁰。

見直しは「特定疾患療養管理科」「生活習慣病管理科」を中心に実施された。このうち、前者の特定疾患療養管理科とは、生活習慣病など厚生労働相が定める疾患を主病とする患者について、身近な病気やケガに対応する「かかりつけ医」が計画的に療養を管理した場合に受け取れる項目。

その淵源は1958年の「慢性疾患指導料」に遡り、制度改正と名称変更を経て、2006年度診療報酬改定から現在の仕組みになった。点数は診療所の場合で225点、100床未満の病院で147点、100床以上200床未満の病院で87点と設定されている。

2024年度改定では、脂質異常症、高血圧、糖尿病が対象から除外されたほか、アナフィラキシー、ギラン・バレー症候群が追加された。中でも、後述する通り、脂質異常症、高血圧、糖尿病が対象から外れたことがポイントである。

一方、後者の生活習慣病管理料は栄養、運動、休養、喫煙、飲酒、服薬など生活習慣に関する総合的な治療管理を評価する項目であり、「生活習慣病管理科（Ⅰ）」「生活習慣病管理科（Ⅱ）」の2つに細分化された。具体的には、(Ⅰ)の点数が40点ずつ引き上げられ、脂質異常症が570点から610点に、高血圧症が620点から660点に、糖尿病が720点から760点に変わった。

さらに、生活習慣病管理科(Ⅰ)の要件も細かく定められた。元々、それまでの生活習慣病管理科では、患者に療養計画書を丁寧に説明して患者の同意を得るとともに、計画書に患者の署名を受けることが義務付けられていたが、手続きが部分的に簡素化された。

このほか、▽患者の状態に応じ、28日以上長期の投薬、またはリフィル処方箋(一定程度の条件で繰り返し使える処方箋)を交付できることを掲示し、患者の求めに応じて対応する、▽診療ガイドラインなどを参考に疾病管理を実施する、▽歯科医師、薬剤師、看護師、管理栄養士などの多職種と連携することを望ましい要件とする、▽1カ月に1回以上、総合的な治療管理を実施する要件を廃止——といった変更も加えられた。

療養計画書に関しては、2025年度から始まる「電子カルテ情報共有サービス」を活用する場合、血液検査項目の記載が不要とされた。ここで言う電子カルテ情報共有サービスとは、紹介を受けた医療機関が紹介元の医療機関からの文書を取得できるようにするシステムを指す。

一方、細分化された生活習慣病管理料(Ⅱ)の点数は333点に設定されるとともに、月1回に限って算定可能とされた。こちらは特定疾患療養管理料の対象から外れた脂質異常症、高血圧、糖尿病の「受け皿」の側面を持っており、生活習慣病管理料(Ⅰ)と同様に、療養計画に対する患者の同意と署名が要件とさ

²⁹ 2024年3月6日『m3.com』配信記事における厚生労働省医療課長の眞鍋氏に対するインタビューを参照。

³⁰ 2024年5月1日『週刊社会保障』No. 2926における厚生労働省医療課長の眞鍋氏に対するインタビューを参照。

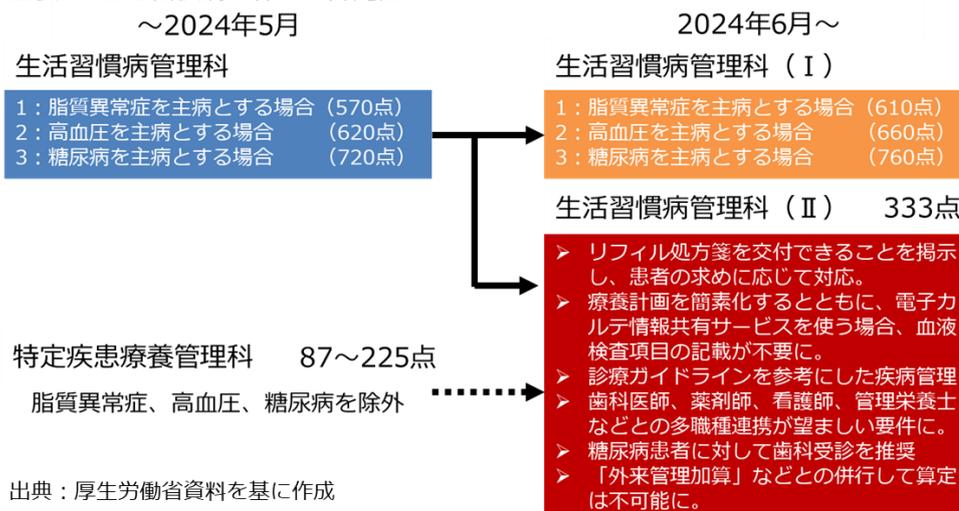
れた。検査や処置などに関しては、行為ごとに点数を付ける出来高払いが採用された。

このほか、一定程度の処置や検査などを伴わないケースで、計画的な医学管理を実施した際に算定できる「外来管理加算」などは併行して算定できないとされた。

これらの見直しの主な内容のイメージは図表4の通りである。つまり、従来の生活習慣病管理料と比べると、療養計画書の書式が簡素化されるなど要件が見直されており、日医サイドは「以前より算定しやすくなったはずだ」と説明している³¹が、生活習慣病に関する加算が整理されるとともに、診療ガイドラインをベースとした疾病管理が義務付けられるなど、要件が一部で厳格化された形だ。この狙いについて、厚生労働省幹部は「生活習慣病管理の質がなるべく上がっていくようなメッセージを出せるよう工夫した」と説明している³²。

さらに、生活習慣病管理料（Ⅱ）に関しては、パソコンなどを通じて自宅で医師の診察や薬の処方を受けられるオンライン診療が認められる要件（ただし点数は290点に減る）とか、日医の反対を押し切って2022年度診療報酬改定で導入された

図表4：生活習慣病関係の加算見直しのイメージ



リフィル処方箋の活用も意識されている点で、給付を効率化する狙いが込められている。

生活習慣病に関わる処方に関しても見直しを実施された。先に触れた特定疾患療養管理料と同様、生活習慣病に関わる処方の評価する「特定疾患処方管理加算」の対象疾患から糖尿病、脂質異常症、高血圧が除外された。

さらに、同加算は対象疾患などに応じて2種類に分かれていたが、「特定疾患処方管理加算1」（18点、28日未満の処方、月2回）が廃止された。残る「特定疾患処方管理加算2」（66点、28日以上処方、月1回）の点数が55点に引き下げられた上で、リフィル処方箋を発行したケースでも算定可能とされた。

5 | 生活習慣病関係の報酬見直しの影響

こうした見直しについては、診療所向け報酬カットを求める財務省の意見に加えて、中医協における支払側の意見も反映された面がある。具体的には、健保連の幹部は2023年10月の専門誌で、「計画的な医学管理をどの診療報酬項目で評価すべきかを体系的に整理する時期に来ています」と述べていた³³。このため、今回の見直しについて、健保連は「我々としてずっと問題視してきた内容です。歴史的な経緯や併算定の

³¹ 『日経ヘルスケア』2024年5月号における日医常任理事の長島氏に対するインタビューを参照。

³² 2024年2月6日『m3.com』配信記事における厚生労働省医療課長の眞鍋氏に対するインタビューを参照。

³³ 2023年10月23日『週刊社会保障』No. 3240における健保連理事の松本氏に対するインタビューを参照。

状況など、全部をつまびらかにした成果でもある」と評価している³⁴。

厚生労働省幹部も「中医協の議論の中で、生活習慣病関連の診療報酬について、特に特定疾患療養管理料、生活習慣病管理料と外来管理加算について、初再診料を含めて関係を整理してほしいという1号側（筆者注：支払側を指す）からの強い意見がありました。我々としてはその意見も踏まえて、何ができるかを考えていました」と説明。その上で、「単に効率化・適正化するのではなく、医療分野で積み上がってきているエビデンスも取り込んで、診療の質が上がる工夫をしたいと考えた」としている³⁵。

逆に言うと、こうした見直しには財政当局や支払側の意向が強く反映されている分、診療団体から「非常に影響の大きい改定」³⁶という評価が出ている。実際、厚生労働省の資料³⁷によると、特定疾患療養管理料の算定する際に主傷病（複数記載を含む）として記載されていた割合は高血圧 57.7%、脂質異常症 23.9%、糖尿病 16.2%であり、3疾患が除外されることが医療機関の経営に及ぼす影響は大きいとみられる。

ただ、健保連は「今こうした管理料がありますが、かかりつけ医に対してどういう報酬を支払うのかはまだまとめきれていないところがあり、現在は報酬の名称がかかりつけ医機能にはつながりにくいものが多く、患者が全然知らない間に算定されている面があります」としており、一層の報酬見直しを要求している³⁸。

さらに、2023年通常国会で成立した改正医療法に基づき、かかりつけ医機能を強化するための制度化論議³⁹も進んでおり、2026年度診療報酬改定に影響を及ぼす可能性がある。具体的には、健康管理とか、外来対応など、かかりつけ医機能を強化する過程で、生活習慣病の加算額が変更されたり、報酬の要件が厳格化されたりする可能性が想定される。

実際、機能強化の論議を意識しつつ、健保連は今回の見直しについて、かかりつけ医機能の制度整備に向けた「前段階」と位置付けた⁴⁰上で、「かかりつけ医として加算などの意味合いについて患者に説明できなければいけない。（略）今後、患者がかかりつけ医を選んで診療を受ける時代がやって来る。その時、医療機関はこうした加算などについても患者が説明する必要がある」⁴¹として、一層の見直しに期待感を示している。

これに対し、診療側からも「次回改定に向けて同じような議論が起きる可能性は当然あるだろうと思います。日本医師会としてはそれぞれの点数に意味と意義があることをご理解いただくために、繰り返し主張していきます」⁴²、「残念ながら次期改定では、特定疾患療養管理料そのものを見直すような議論に発展

³⁴ 2024年4月24日『m3.com』配信記事における健保連理事の松本氏に対するインタビューを参照。

³⁵ 2024年3月6日『m3.com』配信記事における厚生労働省医療課長の眞鍋氏に対するインタビューを参照。

³⁶ 2024年3月25日『m3.com』配信記事における日本医療法人協会副会長の太田氏に対するインタビューを参照。

³⁷ 2023年11月10日、中医協資料を参照。

³⁸ 2024年4月24日『m3.com』配信記事における健保連理事の松本氏に対するインタビューを参照。

³⁹ ここでは詳しく触れないが、2023年通常国会で創設が決まった新制度では、入退院支援や介護との連携など、かかりつけ医が地域で果たしている機能を可視化し、自治体や地域の医師会が協議しつつ、機能を充足することが想定されている。現在、厚生労働省の審議会では詳細な議論が進んでおり、2025年度からスタートする見通し。元々、かかりつけ医の位置付けや定義が曖昧だったことが新型コロナウイルス禍で浮き彫りになり、その機能強化を巡って財務省、日医、健保連などが激しい攻防を繰り返した。法改正の内容や検討経過に関しては、2023年8月28日拙稿「[かかりつけ医強化に向けた新たな制度は有効に機能するのか](#)」、同年7月24日拙稿「[かかりつけ医を巡る議論とは何だったのか](#)」、2021年8月16日拙稿「[医療制度論議における『かかりつけ医』の意味を問う](#)」を参照。

⁴⁰ 2024年6月1日『社会保険旬報』No. 2929における健保連理事の松本氏に対するインタビューを参照。

⁴¹ 『日経ヘルスケア』2024年5月号における健保連理事の松本氏に対するインタビューを参照。

⁴² 2024年5月9日『m3.com』配信記事における日医常任理事の長島氏に対するインタビューを参照。

する可能性も否定はできません」⁴³との声が漏れている。以上のように考えると、生活習慣病の報酬見直しは2026年度改定でも引き続き争点になりそうだ。

5——介護・障害福祉の報酬改定に対する評価

1 | 改定率に対する評価

次に、トリプル改定のうち、介護報酬と障害福祉サービス報酬の改定率を見ると、図表2の通り、いずれも改定率は診療報酬本体を上回った。中でも介護については、医療と介護の連携が強く意識されるようになった2012年度以降の改定率と比べると、初めて介護報酬の改定率が診療報酬本体を上回った。このため、改定率だけで見ると、人手不足が顕著な介護や障害福祉に財源が振り向けられた形だ。

2 | 処遇改善加算の簡素化

さらに、処遇改善加算の簡素化も意識された。元々、処遇改善加算は「例外的かつ経過的」という位置付けの下、2012年度からスタートし、3年に一度の報酬改定とか、消費増税などのタイミングに合わせて、段階的に変更または拡充されてきた⁴⁴。

直近では、岸田首相が就任の際、「(筆者注：分配戦略の一つの柱は) 看護、介護、保育などの現場で働いている方々の収入を増やしていくことです。新型コロナ、そして、少子高齢化への対応の最前線にいる皆さんの収入を増やしていきます」と述べた⁴⁵ことで、月額4,000円の引き上げに必要な財源が全額国費(国の税金)で計上され、2022年10月以降は介護報酬に組み込まれた。こうした累次の対策を通じて、月額で計10万円程度の給与改善が図られた。

図表5：2024年度改定で見直された処遇改善加算のイメージ

加算率(※)	既存の要件は黒字、新規・修正する要件は赤字	対応する現行の加算等(※)	新加算の趣旨
【24.5%】	I 新加算(Ⅱ)に加え、以下の要件を満たすこと。 ・ 経験技能のある介護職員を事業所内で一定割合以上配置していること(訪問介護の場合、介護福祉士30%以上)	a. 処遇改善加算(Ⅰ)【13.7%】 b. 特定処遇加算(Ⅰ)【6.3%】 c. ベースアップ等支援加算【2.4%】	事業所内の経験・技能のある職員を充実
【22.4%】	Ⅱ 新加算(Ⅲ)に加え、以下の要件を満たすこと。 ・ 改善後の賃金年額440万円以上が1人以上 ・ 職場環境の更なる改善、見える化【見直し】 ・ グループごとの配分ルール【撤廃】	a. 処遇改善加算(Ⅰ)【13.7%】 b. 特定処遇加算(Ⅱ)【4.2%】 c. ベースアップ等支援加算【2.4%】	総合的な職場環境改善による職員の定着促進
【18.2%】	Ⅲ 新加算(Ⅳ)に加え、以下の要件を満たすこと。 ・ 資格や勤続年数等に応じた昇給の仕組みの整備	a. 処遇改善加算(Ⅰ)【13.7%】 b. ベースアップ等支援加算【2.4%】	資格や経験に応じた昇給の仕組みの整備
【14.5%】	Ⅳ 新加算(Ⅳ)の1/2(7.2%)以上を月額賃金で配分 ・ 職場環境の改善(職場環境等要件)【見直し】 ・ 賃金体系等の整備及び研修の実施等	a. 処遇改善加算(Ⅱ)【10.0%】 b. ベースアップ等支援加算【2.4%】	介護職員の基本的な待遇改善・ベースアップ等

※：加算率は訪問介護のものを例として記載。

出典：厚生労働省資料から抜粋

⁴³ 2024年3月25日『m3.com』配信記事における日本医療法人協会副会長の太田氏に対するインタビューを参照。

⁴⁴ 淵源は2009年度第1次補正予算で創設された「介護職員処遇改善交付金」に遡る。この時、約4,000億円の国費(国の税金)で給与が引き上げられたが、3年の期限が切れたため、2012年度改定で介護報酬に組み込まれた。

⁴⁵ 2021年10月8日、第205国会衆院本会議における所信表明演説を参照。

しかし、パッチワーク的に制度改正が積み上げられた結果、3種類の加算ごとに6通りの取得パターンが生まれ、実に計18通りの細分化された区分が現場の事務負担になっていた。このため、介護コンサルタントや行政書士などのセミナーでは、処遇改善加算の取得アドバイスが主要なテーマになっていたほどである。やや皮肉を込めて言うと、建て増しを続けた老舗の温泉旅館（新館の1階が旧館の3階に繋がっているような建物という意味）のように制度が複雑になっていた。

そこで、2024年度介護報酬改定では体系が簡素化された。厚生労働省が示していたイメージは図表5の通りである。ここで示されている通り、18通りの取得パターンが4パターンに減るだけでなく、職場環境改善などの取り組みが進んでいる事業所に関しては、加算率が底上げされることで、上位区分への移行が期待されていた。

3 | 訪問介護の基本報酬引き下げと、現場・業界団体の反発

しかし、訪問介護の基本報酬が引き下げられたことで、財源確保や処遇改善簡素化の努力がフイになっているように見える。

図表6：2024年度改定で引き下げられた訪問介護の基本報酬のイメージ

元々、訪問介護では利用者の体に触れる「身体介護」と、家事や掃除など「生活援助」、通院などの際に車両への乗車・降車を手助けする「乗

サービスの種類	～2024年3月	2024年4月～
身体介護20分未満	167単位	163単位
身体介護20分以上30分未満	250単位	244単位
身体介護30分以上1時間未満	396単位	387単位
身体介護1時間以上1時間30分未満	579単位	567単位
以降、身体介護30分を増すごとに算定	84単位	82単位

出典：厚生労働省資料を基に作成
注：1単位は原則10円。

降介助」に大別された上で、ケアの時間数に応じて、基本報酬の単価が細かく設定されている。このうち、身体介護の報酬は図表6のように定められており、2024年4月からの基本報酬が2～3%ほど引き下げられた。

この決定には業界団体や現場から疑問の声が多く寄せられている。例えば、2024年3月に開催された社会保障審議会（厚生労働相の諮問機関）介護給付費分科会では、委員として加わる業界団体や利用者代表から「事業者の持続可能性の低下だけではなく、特に訪問介護員離れにつながっているとの声も届いております。国民の生活、暮らしを維持・継続できる体制が確保できているのかを懸念している」⁴⁶、「基本報酬の引下げの提案では、事業所の経営が黒字だったからと説明され、本当に大丈夫なのだろうか」⁴⁷といった不満や不安が次々と示された。

さらに、専門媒体を見ても、事業所経営者や事業者団体の不満が多く紹介されており、「発注者（筆者注：国を意味する）の要求、現場の仕事はどんどん増えるが、報酬はどんどん下がっていく。一般的な取り引きで価格交渉をする場合、発注者は費用の低減に向けた条件の緩和など運用方法の簡素化もセットで提案する。介護保険にはそうした配慮がないのではないかと。まるで優越的地位の濫用」⁴⁸、「加算拡充はありがたいが、なぜそれが基本報酬を引き下げる理由になるのか分からない。どうしても納得できない。これか

⁴⁶ 2024年3月18日に開催された介護給付費分科会議事録における日本介護福祉士会の及川ゆりこ会長の発言を参照。

⁴⁷ 同上議事録における認知症のひとと家族の会代表の鎌田松代理事の発言を参照。

⁴⁸ 2024年2月21日『JOINT ニュース』配信記事におけるやさしい手の香取幹社長に対するインタビューを参照。

らサービスの重要性が更に増していくのに、その担い手の誇りを傷つける施策はやっぱり許せない」⁴⁹といった厳しい批判が寄せられている。

国に比較的近い関係の全国社会福祉協議会の全国ホームヘルパー協議会でさえ、2024年2月に日本ホームヘルパー協会と連名で、「私たちの誇りを傷つけ、更なる人材不足を招くことは明らかで、このような改定は断じて許されるものではありません。このままでは、訪問介護サービスが受けられない地域が広がりかねません」という抗議文を武見氏宛に提出した。

こうした不満や抗議の背景には、訪問介護事業所の厳しい経営状況がある。周知の通り、介護現場は恒常的な人材不足に陥っており、中でも訪問介護の状況は深刻である。例えば、介護労働安定センターの調査では、職員の不足状況を職種ごとに尋ねており、最新の2022年度調査によると、訪問介護員を「大いに不足」「不足」「やや不足」と答えた事業所は83.5%に及んだ。全ての職種では「大いに不足」「不足」「やや不足」の合計が66.3%だったことを考えると、その深刻さを読み取れる⁵⁰。

現場でも「ヘルパーの新規採用者は絶滅危惧種」という声を耳にするので、こうした数字は現場の感覚と符合しているし、基本報酬引き下げの影響に関して、地方紙では「苦しさ追い打ち」「事業継続、難しく」「中小事業所、持続に危機感」「存続の岐路に」といった見出しを付けつつ、訪問介護事業所の経営の厳しさが報じられている⁵¹。こうした現場の声を踏まえ、衆院厚生労働委員会では2024年6月、職員の処遇改善の検討とともに、報酬改定による影響の検証を促す決議が全会一致で採択された⁵²。

4 | 訪問介護の基本報酬引き下げに関する国の説明

では、こうした意見や不満に対し、どういう形で厚生労働省は説明しているのだろうか。武見氏は2024年3月の参院予算委員会で、下記のように述べている⁵³。

訪問介護の基本報酬の見直しは、一つ目、その理由でありますけれども、今回の改定率のプラス〇・六一%分について、介護職員以外の職員の賃上げが可能となるよう配分することとされている中で、訪問介護の現場はそのような職員の割合が低いんです、規模が小さいから。それから二つ目は、訪問介護の事業所において、介護事業経営実態調査における収支差率、(略)七・八%、それから介護サービス全体平均の二・四%に比べて相対的に高いことなどを踏まえました。

ここでは、2つの理由が述べられている。1つ目の理由については、改定財源の分配が影響している。先に触れた通り、改定率の1.59%のうち、0.98%は介護職員の処遇改善で対応し、残りの0.61%については、ケアマネジャー（介護支援専門員）など処遇改善の対象にならない介護職員以外の給与引き上げに充当するように配分されている。

一方、訪問介護の事業所は小規模で、介護職員だけで構成していることが多い。このため、武見氏の説

⁴⁹ 2024年2月19日『JOINT ニュース』配信記事における及川氏に対するインタビューを参照。

⁵⁰ 訪問介護事業所の有効回答数は2,452件、全体は6,405件。

⁵¹ 2024年4月1日『大分合同新聞』、同年3月28日～3月29日『河北新報』、同年3月28日『信濃毎日新聞』、同年3月21日『東奥日報』などを参照。

⁵² 2024年6月5日『JOINT ニュース』配信記事を参照。

⁵³ 2024年3月8日、第213回国会参院予算委員会における答弁を参照。

明に従うと、0.61%分の財源については、訪問介護に充当する必要がないというわけだ。

第2の点は「訪問介護の経営状況が良好」という説明である。ここでも述べられている通り、介護報酬のサービスごとの分配に際しては、「介護事業経営実態調査」の収支差が考慮されることになっており、訪問介護の利益率は2022年度決算ベースで7.8%だった。これは全サービス平均の2.4%を大きく上回っており、引き下げられる余地があったという判断のようだ。

第3に、引用した国会答弁の部分で明示的に述べられていない論点として、簡素化された処遇改善を使えば、最大で25%程度の収入増が図れると説明されている点も見逃せない。厚生労働省は処遇改善加算の簡素化について、「現行の階段状になっている隙間を埋め、介護事業所に処遇改善の財源を何とか流し込みたいという考え方」⁵⁴としており、これを使えば基本報酬の引き下げによる影響を上回る増収や賃上げが可能になるという論理だ。

さらに、多くの事業所が処遇改善加算を取得できるようにするため、いくつかの手立てを講じた点も強調されている。例えば、2025年4月までの1年間限りの暫定措置として、図表4の(I)～(IV)の4パターンに加えて、新たな区分として(V)が創設された。その結果、現行3加算の取得状況に基づく加算率を維持した上で、今回の改定による加算率の引き上げを受けることが可能とされている。

このほか、厚生労働省は全ての加算未算定の事業所に対して個別相談に応じるとともに、取得促進事業を通じた周知なども徹底するとしている。

5 | やっぱり不可解？国の説明

しかし、こうした説明には多くの疑問符が付く。1つ目の説明については、確かに0.61%分の部分はヘルパー以外の職種の給与などに充てられることが想定されているが、それでも基本報酬を引き下げる理由にはならない。どうして引き下げではなく、最低でも現状を維持できなかったのか、十分な説明になっているとは思えない。

2点目の「訪問介護の経営状況が好調」という説明については、もう少し様々な側面から検討する必要があるようだ。この問題が論じられているメディアの記事⁵⁵を見ると、訪問介護事業所の約4割が赤字であることが強調されており、訪問介護の業界全体として「好調」とは言えない点が論じられている。実際、東京商工リサーチの発表⁵⁶でも、2023年1月から12月15日までの「訪問介護事業者」倒産は60件に達し、前年を20.0%上回るペースをたどった事実が明らかになっている。さらに、2024年1～5月の「老人福祉・介護事業」の倒産も前年同期比75.6%増の72件で、既に最多だった2020年の58件を大幅に上回っており、訪問介護事業所は34件に及んでいた。同社は「基本報酬が想定ほど上がらず、事業継続をあきらめた倒産が押し上げている可能性もある。人手不足や物価高などの根本的な問題は単独では解決できないだけに、しばらくは倒産の増勢が続くそうだと予想している。

その半面、幾つかの調査⁵⁷では、訪問介護の赤字に関して、大規模化が遅れている点とか、訪問回数が少

⁵⁴ 2024年3月14日に開催された医療介護福祉政策研究フォーラムにおける厚生労働省の古元重和老人保健課長の発言。2024年4月21日『社会保険旬報』No. 2925を参照。

⁵⁵ 例えば、2024年3月10日『朝日新聞デジタル』配信記事を参照。

⁵⁶ 2024年6月7日、同年5月13日、2023年12月20日の東京商工リサーチ『TSRデータインサイト』を参照。

⁵⁷ 例えば、高橋佑輔(2023)「2021年度(令和3年度)訪問介護の経営状況について」『WAM Research Report』、岡本真希子(2023)「訪問介護事業所の現状と課題」『JRレビュー』Vol.1.2 No. 105を参照。

ない点などが指摘されている。さらに、元厚生労働省幹部が高収益になる理由として、非正規雇用者に多くを頼る訪問介護業界の構造を指摘している⁵⁸。具体的には、1事業所に14.8人のヘルパーが勤めているのに対し、非常勤職員が10.9人を占めているといった数字を示しつつ、低賃金の非正規雇用者を多く採用することで、相対的に訪問介護が高収益になりやすい構造を論じている。

このほか、訪問介護の数字が「好調」になった理由として、「7.8%」という数字には同一建物における訪問介護と、それ以外の訪問介護が混在している影響を指摘する意見も聞かれる。

以下、少し補足すると、訪問介護のビジネスでは、ヘルパーの移動時間を少なくすると、収益率が上がりやすくなる。言わば、空車時間を減らすと採算が改善するタクシーと同じ構造と言える。そこで、サービス付き高齢者向け住宅など同一建物に住む高齢者に対し、ヘルパーが短時間で数多くサービスを提供すると、それだけ収支差は改善する。

つまり、同一建物の訪問介護と、それ以外の通常の訪問介護では、収益構造が大きく異なる。このため、同一建物における訪問介護の報酬単価は通常よりも抑えられており、2024年度改定では同一建物に関するケアプラン（介護サービス計画）を作成する居宅介護支援事業所についても、同様の減額ルールが導入された。

しかし、統計上の分類は「訪問介護」で一括りされるため、実態以上に経営が好調のように見えたのではないかと、という指摘であり、業界関係者からは「本来は（筆者注：同一建物に関して）対策済みなのに、さらに基本報酬を一律に引き下げてしまった点が問題」との声が出ている⁵⁹。

実際、厚生労働省が2023年11月の介護給付費分科会に示した資料⁶⁰に沿って、2021年の延べ訪問回数ごとに訪問介護事業所の収支差を見ると、回数が多き事業所の方が好調だった。具体的には、200回以下で▲1.5%、201～400回以下で2.3%であり、1,201～1,400回は6.7%、1,401～2,000回は6.9%、2,001回以上は8.8%という数字が示されている。

さらに、同じ日の審議会資料では、同一建物の減算を受けている事業者の収支差が8.5%であるのに対し、それ以外の事業者は5.3%という数字も出ていた。このため、同一建物の「好調」が影響した可能性は否定できない。

しかし、これでも「好調」という結果の理由付けとしては不十分である。一例を挙げると、全サービス平均の収支差が2.4%であるのに対し、同一建物減算を受けていない訪問介護事業所の収支差率も5.3%と高止まりしている。つまり、数字上に限れば、同一建物にとどまらず、業界全体として「好調」と言えなくもない⁶¹。

本稿は訪問介護を「好調」と見做す判断の是非とか、数字上は「好調」になっている原因を明らかにするのが目的ではないため、この程度で言及を留めるが、いくら訪問介護が「好調」だったとしても、それ

⁵⁸ 中村秀一（2024）「なぜ訪問介護は高収益か」2024年5月1日『社会保険旬報』No. 2926を参照。

⁵⁹ 例えば、2024年2月23日『シルバー新報』における伊豆介護センターの稲葉雅之社長に対するインタビューを参照。

⁶⁰ 2023年11月6日、介護給付費分科会資料を参照。

⁶¹ もう一つの可能性として、恒常化する人材不足に伴って人件費の支出が減った影響を想定できる。実際、介護経営実態調査が公表された際、厚生労働省が「困難な人材確保による人件費の減少で支出が減少しているため、プラスになっているのではないかと説明していた。2023年11月17日『シルバー新報』を参照。2023年11月16日の『ケアマネジメントオンライン』配信記事でも、厚生労働省の担当者に対する取材として、同様の見方が紹介されている。しかし、介護事業経営実態調査を基に、施設・事業所当たりの給与を見ると、2022年度決算ベースで217万5,000円であり、前年度比1.2%減にとどまっている。以上を踏まえると、人材不足が一部の事業者の経営に影響を与えていることは間違いないが、全体的な傾向を説明する材料になり得るか、微妙と言わざるを得ない。

自体が基本報酬引き下げに踏み切る理由にならない。例えば、財源の分配を考える時、基本報酬を維持しつつ、処遇改善の引き上げ幅を抑えることも可能だったはずである。

このため、厚生労働省の説明や理屈付けに納得できる面もあるが、それでも基本報酬引き下げに踏み切った理由が明快に説明されているとは到底、思えない。

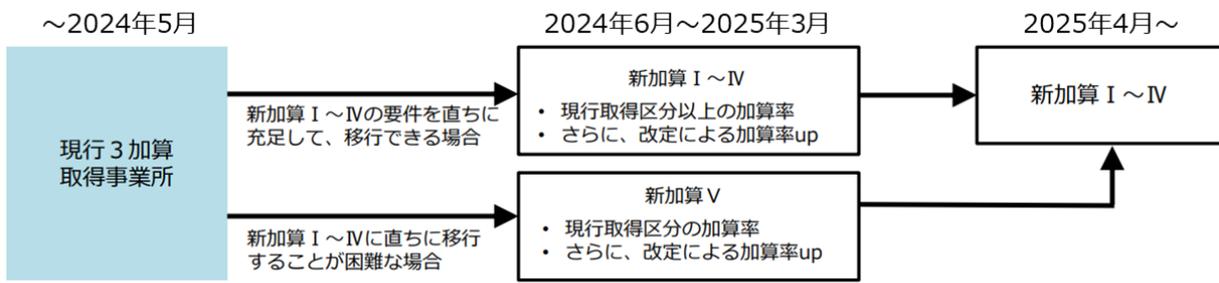
6 | リフォームした家を再び建て増し？

訪問介護の基本報酬を引き下げた国の説明の3点目として、処遇改善加算による上乘せの可能性についても、一定程度は理解または評価できる面があるが、やはり苦しい説明と言わざるを得ない。確かに処遇改善加算を通じて、最大25%程度の賃上げに繋がるという説明は一貫している。

しかし、零細業者に関しては、煩雑な手続きを要する処遇改善加算の取得が困難という事情がある。実際、小規模な事業所には加算取得に必要な事務員や専門家を雇う余裕はなく、「結果的に加算算定をあきらめる例は少なくありません。未算定にはちゃんと理由がある」という声が出ている⁶²。さらに、処遇改善加算の用途は介護職員の給与に限定されており、物品費の上昇などインフレ全般に対応できるわけではない。このため、業界団体から「経営の打撃を緩和するものではない」という指摘も聞かれる⁶³。

このほか、経過措置として5つ目の加算を設定したことで、図表7の通り、制度は再び複雑化した点も見逃せない。この辺りは経過措置とはいえ、当初の「簡素化」という説明と全く整合していない。

図表7：2025年4月までの経過措置として創設された処遇改善の新加算



※加算率は訪問介護の例。

介護職員等処遇改善加算の 加算率及び算定要件 (対応する現行3加算の区分)	V (1)	V (2)	V (3)	V (4)	V (5)	V (6)	V (7)	V (8)	V (9)	V (10)	V (11)	V (12)	V (13)	V (14)
	22.1%	20.8%	20.0%	18.7%	18.4%	16.3%	16.3%	15.8%	14.2%	13.9%	12.1%	11.8%	10.0%	7.6%
介護職員処遇改善加算	I	II	I	II	II	II	III	I	III	III	II	III	III	III
介護職員等特定処遇改善加算	I	I	II	II	I	II	I	算定なし	II	I	算定なし	II	算定なし	算定なし
介護職員等ベースアップ等支援加算	算定なし	算定あり	算定なし	算定あり	算定なし	算定なし	算定あり	算定なし	算定あり	算定なし	算定なし	算定なし	算定あり	算定なし

出典：厚生労働省資料から抜粋

しかも、取得要件とされている「任用要件・賃金体系」「研修の実施」「昇級の仕組み作り」については、事業所が2024年度中の実施を「誓約」するだけで、加算要件を満たしたと見なすとしており、かなり異例の対応と言える。

やや皮肉を込めて言うと、建て増しを続けた老舗の温泉旅館を折角、改装リニューアルするのに、従業員から不満が出たため、臨時の近道を作って建て増したような形である。実際問題として、加算を取得

⁶² 2024年5月24日『シルバー新報』における日本ヘルパー協会の境野みね子会長に対するインタビューを参照。

⁶³ 2024年5月1日・8日合併号『高齢者住宅新聞』における日本ホームヘルパー協会副会長の中川裕晴氏に対するインタビューを参照。

する事業者や保険者として現場で実務に当たる市町村が「誓約」の是非や線引きを巡って判断に悩むことも予想されるが、恐らく基本報酬の引き下げに対する不満が渦巻いたことで、現場へのダメージを少しでも緩和するため、異例の手立てを講じざるを得なくなったと推察される。

7 | 不可解な説明が続く理由は？

以上を踏まえると、表向きの説明だけで意図や背景を理解しにくく、「不可解」としか言い様がない。結局、「どうして基本報酬を引き下げる必要があったのか」「基本報酬を維持する代わりに、処遇改善の伸び幅を抑える選択肢がなぜ取れなかったのか」という問いに答え切れないためである。さらに、処遇改善加算の「簡素化」が強調されたにもかかわらず、1年間の暫定措置とはいえ、新たな類型が追加されたのも理解し難い。

このため、現場からは「国は零細業者を切り捨て、大規模化を促す意図を持っているのでは」という疑念の声さえ聞かれる。実際、2022年12月の社会保障審議会介護保険部会意見書では大規模化や協働化を進める意向が示されており、決定的外れとは言い切れない⁶⁴。

こうした意見について、協働化や大規模化を促すような加算が大々的に付いていないため、筆者自身は「憶測」の域を出ていないと考えているが、報酬改定には国の意図が入り込む分、「切り捨てられるのでは」という疑心を現場が抱く事情も理解できる。

実際、診療報酬の担当課長が奇しくも「診療報酬改定は現場と我々改定担当部局が対話をする2年間にわたる作業」「点数や施設基準、算定要件も含めたメッセージが、現場でどう受け取られて、どんな算定行動になるか、それを我々はNDB（筆者注：支払い明細書のレセプトデータなどを収納する「レセプト情報・特定健診等情報データベース」を指す）や様々な調査で見させていただく。それを踏まえて2年後の次の改定につなげていくという対話の繰り返しで、その対話を豊かにすることが大事」と述べている⁶⁵通り、改定とは現場と政策当局者の対話の機会である。

それにもかかわらず、唐突な基本報酬引き下げが実施された上、不可解としか言い様がない説明が続いていることを考えると、現場が疑心暗鬼になるのは止むを得ない面がある。この点に関連し、武見氏は「小規模から大規模事業者まで、サービス全体の収支差に鑑み、サービスごとにめり張りですべてをやっています。その中で、小規模事業者に対しては加算措置なども通じてきちんと対応するようにしていますから、大丈夫です」⁶⁶。「基本的に地域包括ケアの中で在宅というものを支援する方針に変わりはありません」⁶⁷と国会で説明しているが、これらの発言が現場に受け入れられにくくなっているのは間違いない。

では、なぜ不可解な引き下げが実施されたのか。その「謎」を解くカギとして、改定財源が「処遇改善」「それ以外」に切り分けられた点に着目したい。つまり、既述した通り、改定率が決着した際、処遇改善はプラス0.98%、それ以外はプラス0.61%と決められた。その結果、両者の間で財源を融通することは難しくなった。

⁶⁴ 意見書では「介護人材不足への対応や、安定的なサービス提供を可能とする観点からは、介護の経営の大規模化・協働化により、サービスの品質を担保しつつ、管理部門の共有化・効率化やアウトソーシングの活用などにより、人材や資源を有効に活用することが重要」との認識が披露されている。

⁶⁵ 2024年3月13日『m3.com』配信記事における厚生労働省医療課長の眞鍋氏に対するインタビューを参照。

⁶⁶ 2024年3月8日、第213回国会参院予算委員会における答弁。

⁶⁷ 2024年2月27日、第213回国会衆院予算委員会第5分科会における答弁。

しかも、処遇改善の部分については、社会保障の充実を名目に引き上げられた消費税収が充当されることになっている一方、それ以外の部分は財源の手当てが講じられていないため、社会保障費の増額要因にカウントされている。

言い換えると、財源に「ミシン目」が入っている⁶⁸ため、両者をまたがる形で財源を組み替えることが不可能になり、基本報酬を維持する代わりに、処遇改善加算の引き上げ幅を抑える選択肢は取り得なかったと思われる。

一方、「それ以外」の部分では、介護経営実態調査で初めて赤字となった特別養護老人ホームの財源などに回す必要性に迫られた。その結果、厚生労働省としては、予算編成過程で決まった改定率とミシン目の範囲内で、サービスごとの分配を決めることになったため、見掛け上は「好調」とされる訪問介護の基本報酬引き下げに踏み切らざるを得なかったと推測される。

それでも人材不足が深刻な訪問介護にとって打撃であることは間違いなく、厚生労働省の「失敗」と指摘せざるを得ない。この関係では、武見氏も国会答弁で、「地域の特性や事業所の規模などを踏まえ、サービス提供の実態を総合的に調査する予定で、準備に早急に取り組む。改定による影響を十分に調査・検証するとともに、現場の負担や保険料、利用者負担への影響なども考慮して、丁寧に検討すべき」⁶⁹と説明しており、今後の対応策として、可能な限り早めに基本報酬を是正することが求められる。

付言すると、上記で触れた診療報酬改定と同様、介護でも賃上げ対応を加算で縛ることの意味合いが問われているとも言えるのかもしれない。先に触れた通り、賃上げに回す処遇改善加算と、それ以外の財源の間に「ミシン目」が入っており、相互の転用が難しくなっていることが柔軟な予算配分を阻害している面は否めない。

もちろん、財政が厳しい中、財源の有効活用を促す必要性は理解できるものの、効率性や厳密性を追求し過ぎると、予算の分配が硬直化したり、現場を疲弊させたりするリスクがある点は留意する必要があるだろう。このため、加算だけで使途を縛るのではなく、別の方法も検討する必要がある。

例えば、介護事業所の経営情報を開示する仕組みが2024年度からスタートすることになっており、制度が本格施行すれば、経営情報が属性などに応じてグルーピングして公表される予定だ。こうした仕組みを通じて、労働分配率などの経営状況を把握し、次の報酬改定論議に反映させるのも一案と思われる。

一方、現場としても、介護職員が辞める理由の上位に「職場の人間関係」が入っている⁷⁰事を考えると、単に給与を引き上げればいわけではないし、処遇改善加算の要件に定められている職場環境の改善に取り組む意義は大きい。加算取得に向けた国の事業などを活用しつつ、職場環境の改善に取り組むことも重要である。

6—おわりに

本稿では、2024年度トリプル改定のうち、賃上げに関わる部分を取り上げた。長く続いたデフレ下の予

⁶⁸ こうした複雑なやり繰りに関しては、2024年1月25日拙稿「[2024年度の社会保障予算の内容と過程を問う（上）](#)」を参照。

⁶⁹ 2024年6月5日、第213国会衆院厚生労働委員会における答弁。同日『NHK NEWS』配信記事を参照。

⁷⁰ 実際、介護労働安定センターの毎年の調査では、介護職が辞める理由として、「職場の人間関係」がトップに位置している。賃上げとともに現場の職場環境改善が重要な点については、2022年2月28日拙稿「[エッセンシャルワーカーの給与引き上げで何が変わるのか](#)」を参照。この関係では2024年度報酬改定でも論点となり、政府は介護現場のデジタル化など「生産性の向上」を通じて、現場の職務環境改善を図ろうとしている。詳細については、2024年5月23日拙稿「[介護の『生産性向上』を巡る論点と今後の展望](#)」を参照。

算編成や報酬改定と異なり、歳出抑制を図りつつ、物価上昇に対応する賃上げ財源を確保しなければならなかった点で、今までとは異なる「潮目の変化」が見られた。

さらに、今後も物価上昇の継続が予想される中、次の2026年度改定では賃上げが引き続き焦点になるのは間違いなく、政府は歳出抑制とともに、賃上げ対応を図るという難しい対応を強いられそうだ。その際には、ベースアップ評価料など2024年度改定の枠組みが基本的に維持される可能性が高いものの、現在のような複雑かつ煩雑な加算だけに頼っていいのか、再検討が必要である。

その半面、貴重な財源が当初の企図通りに使われたか検証も欠かせない。このため、財務省が今回の改定論議に際して実施した機動的調査のような形で、医療機関の財源配分を事後的に把握し、次の改定論議に反映できるような仕組みが必要と考えている。

その後、本稿では賃上げ財源確保の見返りとして決まった生活習慣病に関する加算の見直しを取り上げた。具体的には、▲0.25%の財源を確保するため、生活習慣病管理科などの加算が大幅に見直された結果、医療機関の経営にとって打撃になるのは間違いない。しかも、生活習慣病に関する診療報酬も賃上げと同様、2026年度改定でも焦点になると見られており、見直しを迫る財務省、健保連と、これに反対する日医との攻防が予想される。

さらに、後半では介護・福祉の賃上げ対応に触れた後、訪問介護の基本報酬引き下げを批判的に取り上げた。厚生労働省は様々な説明を試みており、一部で理解できる面もあるが、「どうして基本報酬を引き下げる必要があったのか」という問いを立てると、筆者には「不可解」という言葉しか思い付かない。恐らく財源が確保できなかったことが最大の原因と思われるが、訪問介護の苦しい状況を鑑みると、できるだけ早い段階での是正が求められる。

なお、(中)では急性期病床や高齢者救急の見直し、多職種・多機関連携の促進など、医療・介護・障害福祉にまたがる提供体制改革を取り上げ、(下)ではトリプル改定のうち目を引いた論点に加えて、政策決定過程の変化を検討する。