

基礎研 レポート

2024年度トリプル改定を読み解く (中)

重視された医療・介護連携と急性期見直し、政策誘導の傾向鮮明に

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～重視された医療・介護連携と急性期見直し、政策誘導の傾向鮮明に～

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。今回は医療機関向け診療報酬本体が2年ぶりに改定されたほか、3年サイクルで見直されている介護報酬、障害福祉サービス報酬も変更された（いわゆる「トリプル改定」）。トリプル改定を総括する3回シリーズの(上)では、物価上昇に対応する賃上げに関連し、改定率を巡る攻防や内容を検討したほか、生活習慣病に関する加算の見直しとか、不可解な訪問介護の基本報酬引き下げなどをピックアップした。

今回の(中)では、急性期医療や高齢者救急の見直し、多職種連携の促進など提供体制改革を医療、介護の両面に渡って横断的に検討する。特に、今回の改定で特筆できる点として、診療報酬と介護報酬を話し合う審議会による意見交換会が例年以上に綿密に実施され、医療と介護が重なる部分について見直し論議が進んだことが挙げられる。具体的には、意見交換会では9つのテーマが議論され、高齢者救急の見直しに関して、医療機関と介護保険施設の連携を促すテコ入れ策が診療報酬、介護報酬の両面で講じられた。外来や介護予防の分野でも専門職同士の意思疎通を密にするための改定が実施された。こうした点を本稿では取り上げる。

さらに、高齢者救急の見直しは急性期医療の適正化という長年の懸案も絡んでおり、ICU（集中治療室）の厳格化など関連する報酬改定を取り上げることで、医療提供体制改革を診療報酬の見直しで進める動きが一層、強まった点を指摘する。その上で、報酬改定による誘導のメリットとデメリットを整理しつつ、医療・介護について様々な提供体制改革を現場で担う自治体の主体性が問われる可能性を論じる。

最終回となる(下)では、医師の長時間労働を見直すため、2024年4月に本格施行された「医師の働き方改革」に関する改定とか、医療と障害者福祉の連携などをピックアップした上で、主に診療報酬改定に関して、審議会の議論がバイパスされている動向や背景などを取り上げる。

2—膨大な改定資料

まず、報酬改定を考察する際の立ち位置を確認する¹。そもそも、診療報酬や介護報酬などの改定では、

¹ 本稿執筆に際しては、『朝日新聞』『毎日新聞』『読売新聞』『日経ヘルスケア』『社会保険旬報』『週刊社会保障』『シルバー新報』に加えて、『日経メディカル』『GemMed』『m3.com』の配信記事を参照した。煩雑さを避けるため、引用は関係者の発言

厚生労働省の判断だけでなく、首相官邸や与党、財務省、日本医師会（以下は日医）や健康保険組合連合会（以下は健保連）など業界団体、自治体など様々な関係者の意見が反映される。こうした過程では複雑で多面的な利害調整が交わされる。さらに、医療や介護・福祉の現場は複雑系であり、制度改正や報酬改定の影響を事前に全て予想することは困難である。

こうした事情の下、制度は合意形成を取りつつ、少しずつ見直されることになる。これは政治学や行政学では一般的に「漸増主義」(incrementalism) と呼ばれる²。漸増主義的な解決策では、関係者の合意を取れる分、制度改正は確実に実行されるが、足して二で割るような結論が導かれることが多く、制度は複雑化して行く。

さらに今回の改定では、厚生労働省幹部が「触っていないところがない」³と振り返るほど、細かい見直しが広範に渡って実施された。このため、診療報酬改定の説明資料は分厚くなっており、医科の概要だけでも 380 ページに及ぶ。さらに、介護報酬や障害福祉サービス報酬も近年、複雑化の一途を辿っており、介護報酬改定の「改定事項概要一覧」という説明資料で 224 ページ、障害福祉サービス報酬改定に関する「主な改定内容」という資料で 43 ページに上る。これに通知や疑義解釈、Q&A と呼ばれる文書が付いており、改定内容の全てを取り上げることは困難である。

今回の（中）では医療・介護連携に関わる改定内容とか、急性期医療の見直しに関わる部分を重点的に取り上げるとともに、その意味合いや背景、論点などを考察する。

3——医療・介護・福祉の連携に関わる経緯

1 | 6 年前、12 年前と比べると…

今回の改定における特徴の一つとして、医療と介護の連携が例年以上に強く意識された点を指摘できる。その一つの表れとして、中央社会保険医療協議会（厚生労働相の諮問機関、以下は中医協）と社会保障審議会（同）介護給付費分科会（以下は分科会）の意見交換会が 2023 年 3～5 月に渡って計 3 回開かれた。その際、「医療・介護・障害サービスの連携」「リハビリテーション・口腔・栄養」など 9 つのテーマが話し合われた。

今回の改定における対応が手厚かった点については、過去と比べると、一目瞭然である。ここで、6 年に 1 回の頻度で実施される同時改定の動向を簡単に振り返ると、医療と介護の連携強化が本格的に意識され始めたのは 2012 年度改定だった。この時は地域の好事例を支援する「在宅医療介護連携拠点事業」を通じてモデル地域が指定されたほか、報酬改定でも在宅医療や入退院支援などの強化が意識された。

その後、前回の同時見直しとなる 2018 年度同時改定でも、医療保険と介護保険にまたがるリハビリテーションの役割分担など、医療と介護の連携を促す細かい見直しが積み上げられた⁴。いずれも医療提供体制改革を進める上では、生活に身近な在宅ケアの部分で、医療と介護が足並みを揃える必要が

など最小限にとどめる。

² 漸増主義については、Charles E.Lindblom, Edward J.Woodhouse (1993) "The Policy-Making Process" [藪野祐三、案浦明子訳 (2004) 『政策形成の過程』東京大学出版会]などを参照。

³ 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。以下、肩書は全て当時。

⁴ 2018 年度改定の主な内容については、2018 年 5 月 1 日拙稿「[2018 年度診療報酬改定を読み解く](#)」(全 2 回、リンク先は上)、2018 年 5 月 14 日拙稿「[2018 年度介護報酬改定を読み解く](#)」を参照。

あるとの判断だった。その意味では医療・介護連携の強化とか、連携が求められるテーマの全てが目新しいわけではない。

しかし、図表1に示した通り、2012年改定に際して、中医協と分科会の意見交換会は2011年11月に1回開かれたただけだった。その後、2018年改定では時期が前倒しされ、2017年3月と4月に2回開催されたが、今回の2024年度同時改定では1回分増えた。

さらに、議論されたテーマを見ても、医療・介護連携や認知症など共通している部分も見られる半面、高齢者の救急や介護施設における医療など、2024年度改定では従来よりも広範なテーマが網羅されたことを確認できる。

図表1：同時改定に向けた審議会メンバーの意見交換会の開催状況とテーマ

同時改定の年	開催回数	開催時期	主なテーマ
2012年	1回	2011年11月	1. 医療・介護施設の機能分化と連携の促進 2. 在宅医療・介護の充実
2018年	2回	2017年3月 2017年4月	<p>➤ 医療・介護連携が必要な場面として、①退院支援、②日常療養支援、③急変時の対応、④看取り——を想定しつつ、下記のサービスや内容を議論。</p> 1. 看取り 2. 訪問看護 3. リハビリテーション 4. 関係者・関係機関の調整・連携
2024年	3回	2023年3月 2023年4月 2023年5月	1. 地域包括ケアシステムのさらなる推進のための医療・介護・障害サービスの連携 2. リハビリテーション・口腔・栄養 3. 要介護者等の高齢者に対応した急性期入院医療 4. 高齢者施設・障害者施設等における医療 5. 認知症 6. 人生の最終段階における医療・介護 7. 訪問看護 8. 薬剤管理 9. その他

出典：厚生労働省資料を基に作成

2 | ダブル改定ではなく、トリプル改定を意識

このほか、医療・介護にとどまらず、障害福祉サービスも意識した「トリプル改定」という言葉が本稿を含めて多く使われるようになったのも特色と言える。例えば、経済財政政策の方向性を示すため、毎年6月頃に決定されている「骨太方針」（経済財政運営と改革の基本方針）を読み比べると、前回の同時改定が意識された2017年版では「医療・介護の連携強化に向けて、診療報酬・介護報酬の両面から対応する」といった形で、あくまでも医療と介護の「ダブル」改定を意識した文言が示されていた。一方、障害福祉サービスは報酬改定に関わる部分の末尾に「新しく創設するサービス等の具体的内容を検討」という方向性が示されているに過ぎなかった。つまり、6年前の2018年度改定では、医療と介護、障害福祉の「トリプル」連動は余り意識されていなかった。

これに対し、2023年版の骨太方針では [\(上\)](#) で述べた通り、賃上げに絡む部分で、「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」という文言が用いられており、障害福祉サービスも合わせた見直しが以前よりも意識されたと言える。意見交換会のテーマを見ても、施設における医療などで「障害」という言葉も登場しており、実際に今回の改定でも人工呼吸器などを使いつつ経管栄

養などの医療的ケアを要する「医療的ケア児」に対する支援などに関して、医療と福祉の連携を促す見直しも実施された。

ただ、3回の意見交換会を重ねた中医協や分科会と異なり、障害福祉サービスの報酬を議論する「障害福祉サービス等報酬改定検討チーム」との意見交換会が開かれたわけではないため、医療・介護ほど一体的に見直されたとは言い切れない。このため、国の審議会レベルにおける意見交換も含めて、障害福祉サービスとの連携強化は今後の課題と言えそうだ。本稿では、医療・介護の連携を中心的に考察し、医療と障害福祉の連携は（下）で言及する。

3 | 9つのテーマの内容

では、今までよりも綿密に実施された同時改定に関する意見交換会では、どんな内容が話し合われたのだろうか。以下、意見交換会に提出された資料などを基に、9つのテーマを見ると、1番目の医療・介護連携では患者・利用者の情報を双方向で共有する必要性とか、関係者が連携する体制づくり、ICT（情報通信技術）やデジタル技術の活用などが意識された。

必要なサービスの調整などを担うケアマネジャー（介護支援専門員）に対する情報提供としても、医療の情報や医師サイドの意見を反映する必要性が論じられたほか、要介護認定時に義務付けられている「主治医意見書」のケアマネジメントへの活用なども話題に出た。

2点目の「リハビリテーション・口腔・栄養の一体的な取組」は3年前の介護報酬改定から重視されている点であり、意見交換会では多職種連携の必要性などが焦点になった。このうち、リハビリテーションでは医療サイドで作られたリハビリテーションの計画が介護事業者と十分に情報共有されていない点とか、口腔管理の必要性が病院や介護施設で浸透していない点、栄養については退院・退所後や在宅における栄養・食生活支援の実施などが課題として挙げられた。

3つ目では、高齢者向け救急の在り方が大きな論点になった。具体的には、高齢者が医療資源投入量の多い急性期病床に入院すると、十分なリハビリテーションが受けられないまま、要介護度が悪化する時がある。そこで、医療資源投入量のミスマッチを解消することで、医療機関の機能分化を図るとともに、早期の在宅復帰支援を図ることが意識された。

4点目の「高齢者施設・障害者施設等における医療」では、介護施設と外部医療機関との連携が焦点になった。具体的には、「特別養護老人ホーム（特養）の配置医師が常勤の配置を求められていないため、要介護者に適した緊急時の対応や入院・医療のルール化、医療・介護の連携の制度化が必要」「医療機関と高齢者施設で中身のある連携体制を構築することが必要」といった意見が出た。このほか、適切な多職種連携による高齢者施設における薬剤管理、医療機関などから必要な専門的支援を受けられる連携の枠組みなどの課題も列挙された。

5点目の認知症への対応では、早期対応や重症化防止に向けた多職種連携に加えて、興奮・暴言・暴力などBPSD（行動・心理症状）などでの対応力を向上させるための連携なども話題に出た。

6番目の「人生の最終段階における医療・介護」では、終末期の医療・介護を本人や家族、関係者が協議するACP（advance care planning）と呼ばれる意思共有の必要性が以前から意識されており、最近の改定ではACPの同意と取得が医療機関や介護事業所の加算要件とされている。意見交換会では「日々の診療や介護の過程で、丁寧な意思確認が大切であり、意思は刻々と変わることを踏まえると、

ICT などを用いてリアルタイムで医療・介護関係者で共有できる体制が有効」といった意見とか、身近な病気やケガに対応する「かかりつけ医」の早期関与の必要性も話題に出た。

さらに、特養における看取り強化に向けた対応策としても、急変時に備えた医療情報や生活支援情報の相互交換に向けた標準的なフォーマットの作成と、自治体における活用も議論の俎上に上った。

7つ目の訪問看護では、安定した24時間のサービス提供体制の構築・強化とか、入院前後の医療機関との連携強化などが課題として示されたほか、訪問看護は医療保険と介護保険の双方にまたがるため、円滑なサービス提供や制度間の差異の調整などの必要性が意識された。

8点目の薬剤管理では、高齢者施設などでの薬剤管理が話題になり、9つ目の「その他」ではマイナンバーカードの活用を含めたDX（デジタルトランスフォーメーション）の推進などの必要性が指摘された。

こうした議論を踏まえると、過去の同時改定と比べても、今まで以上に医療・介護連携が様々な場面で強く意識された様子を理解できる。

4—医療・介護連携の全体像

上記の議論を踏まえ、6月から始まった新たな報酬体系では、多職種・多機関連携を促す加算が細かく設けられた。このうち、医療・介護に関して、厚生労働省が示しているのが図表2の資料である。

図表2：2024年度トリプル改定における医療・介護連携の全体像



出典：厚生労働省資料から抜粋

これを見るだけで、かなり細かい部分で連携を促す見直しが講じられた様子を理解できるし、医療・介護連携を促す意図について、厚生労働省の幹部は「医療において生活の視点を重視」「介護に関しては、医療の視点を含めたケアマネジメントを重視」と説明している⁵。これは「切れ目のない提供体制

⁵ 2024年7月1日『週刊社会保障』No. 3274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。

を構築することで、高齢者の暮らしを医療、介護両面で支えようという判断」と言い換えることもできるだろう。

以下、(1) 急性期医療、高齢者救急、(2) 入退院支援や看取り、外来、在宅など——の2つに関して、医療・介護連携に関わる改定内容の概略や狙いを考察する。

5——急性期医療、高齢者救急の改定内容

1 | 地域包括医療病棟の創設

急性期医療、高齢者救急のうち、2024年度改定の最も大きな注目として、「地域包括医療病棟」(3,050点、1点は10円、以下は同じ)という診療報酬の区分が創設された点を指摘できる。これは医療資源投入量のミスマッチを解消することで、医療機関の機能分化を図るとともに、早期の在宅復帰支援を図る狙いが込められている。先に触れた意見交換会のテーマで言うと、3つ目に該当する。

もう少し細かく説明すると、高齢化で軽度・中度の高齢者の救急搬送が増えている中、誤嚥性肺炎など医療資源投入量の少ない疾患でも、救急病院に搬送されており、リハビリテーションを十分に受けられず、要介護状態が悪化しているケースが多い。新型コロナウイルスへの対応でも、重症化した高齢者が高度急性期病院に入院した後、十分なリハビリテーションを受けられず、状態が悪化して自宅に戻るケースが散見された。

そこで、地域包括医療病棟では、▽救急患者の受け入れ、▽リハビリテーション、栄養管理の提供、▽退院に向けた意思決定支援、▽在宅復帰支援——などを包括的に提供することが意識されている。これらの意図については、施設基準の内容や診療報酬の設計で読み取れる。例えば、施設基準では、患者10人に対して看護師1人を配置している点(いわゆる10対1基準)とか、リハビリテーション職や管理栄養士の配置、平均在院日数が21日以内である点などが定められている。

このほか、診療報酬でも定額で支払われる「包括払い」と、診療行為や施設基準に応じて支払われる「出来高払い」が組み合わさっており、入院基本料などは包括払いとして設定されている一方、入院日から14日を限度として算定できる「初期加算」(1日当たり150点)、計画策定から14日を限度に算定できる「リハビリテーション・栄養・口腔連携加算」(1日当たり80点)などの加算も設けられた。これらの施設基準や加算を通じて、可能な限り、早い段階で治療やリハビリテーション・栄養・口腔ケアを集中的に実施したい意図が見えて来る。

2 | 協力医療機関の義務化

次に、高齢者救急の関係では、高齢者施設と「協力医療機関」の連携強化に向けた改正が目をついた。しかも、これは診療報酬と介護報酬の両面でテコ入れが図られている点で、正に同時改定の賜物であり、先に触れた意見交換会のテーマで言うと、4つ目に相当する。

ここで言う協力医療機関とは、既に制度化されている仕組みである。具体的には、介護保険施設の運営基準では、救急時の搬送などで協力を仰ぐ「協力医療機関」を定めることになっている。

しかし、詳しい内容は規定されておらず、両者の連携が取れているとは言えない。例えば、厚生労働省の委託調査⁶によると、特養と協力医療機関の連携について、「緊急時の対応あり」は23.2%にとどまったのに対し、「緊急時の対応なし」と答えた比率は69.6%に及んだ。

さらに、同じ調査では連携内容を尋ねる質問も設定されており、図表3の通り、「入所者の診療（外来）の受け入れ」が78.8%、「入所者の入院の受け入れ」は60.6%、「死亡診断」は32.8%だったが、「緊急の場合の対応（配置医師に代わりオンコール対応）」は17.4%にとどまった。

そこで、特養や老人保健施設、介護医療院の施設サービスについては、協力医療機関の指定が義務付けられた。その際の要件

としては、▽入所者の病状が急変した場合などに備えて、医師または看護職員が相談に対応できる体制を常時確保している、▽診療の求めがあった場合、診療を行える体制を常時確保している、▽入所者の病状の急変が生じた場合、入所者の入院を原則として受け入れる体制を確保している——などが定められた。さらに、「1年に1回以上、協力医

図表3：特養と協力医療機関の連携内容

回答項目	回答率 (%)
入所者の診療（外来）の受け入れ	78.8
入所者の入院の受け入れ（後方支援ベッド）	60.6
死亡診断	32.8
緊急の場合の対応（配置医師に代わりオンコール対応）	17.4
緊急の場合の対応（配置医師のオンコール対応を補助）	11.9
その他	9.1
無回答	7.2

出典：PwCコンサルティング合同会社（2023）「特別養護老人ホームと医療機関の協力体制に関する調査研究事業報告書」を基に作成
注1：回答した特養は1,148施設。
注2：複数回答可。

療機関との間で、急変時の対応などを確認するとともに、協力医療機関の名称などを自治体に提出「協力医療機関からの退院後、速やかに再入所できるように努める」といった基準も設定された。

こうした要件を満たす医療機関と連携した場合、1カ月100単位を得られる「協力医療機関連携加算」も新設された（2025年度以降は50単位、1単位は原則として10円、以下は同じ）。

この関係では、特定施設入居者生活介護（いわゆる有料老人ホーム）や認知症対応型共同生活介護（いわゆる認知症グループホーム）についても、協力医療機関の指定が努力義務とされた。

さらに、介護報酬改定では、特養に配置されている医師の急変時対応などを評価する「配置医師緊急時対応加算」（1回当たり早朝・夜間650単位、同深夜1,300単位）が見直された。これは入居者の急変時に駆け付けられる体制を整備するため、2018年度改定で創設された加算であり、現在は早朝・夜間、深夜だけ算定できるが、2024年度改定では日中でも勤務時間外であれば、1回当たり325単位の算定が認められることになった。国の委託調査⁷では、同加算を取得している施設は5.9%にとどまっております、テコ入れ策が講じられた形だ。

一方、診療報酬改定でも「協力対象施設入所者入院加算」（往診は600点、それ以外は200点）、「介護保険施設等連携往診加算」（200点）が創設された。このうち、前者では、介護保険施設の入所者が急変し

⁶ PwCコンサルティング合同会社（2023）『特別養護老人ホームと医療機関の協力体制に関する調査研究事業報告書』（老人保健事業推進費等補助金）を参照。回答した特養は1,148施設。

⁷ 同上を参照。

た際、協力医療機関として指定されている医療機関が入院を受け入れた場合に取得できるようになっており、介護施設との定期的なカンファレンス開催などが要件となっている。

さらに、後者は介護保険施設の入所者に対し、協力医療機関の医師が往診を行った場合に受け取れる加算であり、前者と後者ともに高齢者の救急医療に関して、医療機関と介護施設の連携を図ることに力点が置かれている。

以上のような内容を総合すると、高齢者施設と医療機関の連携強化に関して、診療報酬と介護報酬の両面で、テコ入れが図られたことになる。これらの制度改革の意図については、協力医療機関の対象からも読み取れる。

具体的には、協力医療機関を担うことが望ましいとされた医療機関として、「地域包括ケア病棟」「在宅療養支援病院（在支病）」「在宅療養支援診療所（在支診）」「在宅療養後方支援病院」が列挙されている。

このうち、地域包括ケア病棟とは一般的に「急性期を経過した患者の受け入れ」「在宅で療養中の患者の受け入れ」「在宅復帰支援」の3つの役割を持つとされる病棟であり、在宅医療を受けている患者や介護施設からの高齢者受け入れが重視されている。さらに、在支病と在支診は在宅医療を中心に提供する医療機関、在宅療養後方支援病院は急変時の在宅患者受け入れを担うことが期待されている。いずれも日頃から在宅医療や医療・介護連携に取り組んでいる医療機関であり、これらの医療機関と介護施設の連携を深めようとしていると言える。

実際、厚生労働省幹部は「介護保険施設が医療の視点を含めたケアマネジメントをするためには、普段から相談に乗ってくれる医療機関と連携していることが大切」と強調するとともに、医療機関サイドとしても、「訪問診療や往診をし、必要な場合には入院を受け入れる」という「面倒見のよい医療機関」が求められると述べている⁸。

さらに、医療業界から「連携を通じたスムーズな入院受け入れも浸透していく」⁹という声が出ているほか、介護業界団体からも「これまでも医療機関と契約して入所者の健康管理などを担ってもらった取り組みをしてきたが、形式的になっていた面も否定できない。今改定を機に実質的な連携を実現できれば介護施設としての機能向上が期待される」¹⁰との期待も出ている。

6——入退院支援、看取りや在宅、外来などの改定内容

1 | 入退院支援、看取りでの連携

次に、入退院支援や看取り、外来、在宅などでも、医療・介護連携の強化が図られた。このうち、入退院支援に関しては、在宅ケアを受けていた高齢者が入院した際、ケアマネジャーから医療機関に対する情報提供が円滑に進むようにするため、「入院時情報連携加算Ⅰ」が改正された。具体的には、改正前には利用者の入院から3日以内に提供した場合、1カ月200単位を受け取れたが、2024年度改正を経て、「入院した日」の情報提供が課された。さらに、報酬単価も200単位から250単位に引き上げられた。

⁸ 2024年7月1日『週刊社会保障』No. 3274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。

⁹ 2024年5月号『日経ヘルスケア』における全日本病院会の猪口雄二会長のインタビューを参照。

¹⁰ 同上における全国老人福祉施設協議会の小泉立志副会長のインタビューを参照。

4日以上7日以内の情報提供を対象としていた「入院時情報連携加算Ⅱ」についても、「入院した翌日または翌々日」に短縮化されるとともに、報酬が1カ月100単位から200単位に引き上げられた。

看取り対応の強化では、介護保険の訪問入浴介護と短期入所生活介護に関して、64単位の「看取り連携体制加算」が創設された（前者は1回当たり、後者は1日当たり算定可能）。

訪問介護の「特定事業所加算」でも、細かく5つに分かれた類型のうち、一部の類型については、「医療機関や訪問看護ステーションの看護師との連携で24時間連絡できる体制を確保」「必要に応じて訪問介護を実施できる体制の整備、看取り期における対応方針の策定、看取りに関する職員研修の実施」「看取り期の利用者に対する対応実績が1人以上」などの要件が加えられた。

2 | 外来、在宅での連携

外来に関しては、かかりつけ医機能を評価する「地域包括診療科」「地域包括診療加算」が見直された。いずれも元々、高血圧や糖尿病など慢性疾患の患者に対する継続的かつ全人的な医療を評価するため、2014年度に創設された制度。今回の見直しのうち、医療・介護連携に関わる部分としては、ケアマネジャーからの相談に対応する旨が算定要件と施設基準に明記されるとともに、担当医が多職種連携の場である「サービス担当者会議」「地域ケア会議」に出席することも求められるようになった。地域包括診療加算に関しては、加算額も引き上げられた。

さらに、24時間での在宅医療体制の構築する観点に立ち、在支病や在支診が他の医療機関の在宅患者に対し、往診を実施した場合に取得できる「往診時医療情報連携加算」（200点）が創設された。このほか、通院が困難な利用者に対して医師などが医学的な観点で在宅ケアを指導する居宅療養管理指導では、医療用麻薬を使っている患者に対する指導を実施することを評価する「医療用麻薬持続注射療法加算」（1回250単位）などが創設された。

3 | リハビリテーション、口腔、栄養でのテコ入れ

リハビリテーションの関係では、口腔ケアと栄養の一体的な提供を促す加算が設けられた。具体的には、それぞれの専門職などが共有された情報を使いつつ、リハビリテーション・口腔・栄養を一体的に実施した場合に取得できる新類型が「リハビリテーションマネジメント加算」として創設された。

さらに、訪問系や短期入所系の事業所が歯科医やケアマネジャーに対し、口腔に関する利用者の健康状態を情報提供した場合に取得できる「口腔連携強化加算」（1回50単位）が創設された。施設系でも、利用者が自宅や別の施設、医療機関などに退所した場合の連携を円滑にするための対応策として、「退所時栄養情報連携加算」（1回70単位）が新設される。

このほか、リハビリテーションに関わる医療・介護連携では「退院時共同指導加算」（1回600単位）が新設された。この加算では、退院した利用者のリハビリテーション計画の作成に際して、訪問・通所リハビリテーションの事業所に勤める専門職が医療機関の退院前カンファレンスに参加し、医療機関と情報を共有することが要件として設定されている。

高齢者の栄養に関する情報を共有した場合に受け取れる加算として、「栄養情報連携料」（70点）も創設された。この加算では、医療機関が介護保険施設とか、在宅医療を提供する医療機関に対し、高齢者が入院している間の栄養管理に関する情報を提供した場合、加算を受け取れるようになった。介護報酬改定で

も、高齢者が介護保険施設から自宅や他の施設、医療機関などに退所した場合、介護保険施設の管理栄養士が退所先に対して、栄養管理の情報を提供すると、1カ月1回を限度に70単位を受け取れる「退所時栄養情報連携加算」（1回当たり70単位）が創設された。

診療報酬改定では、急性期医療でも3つの連携が必要という判断の下、「リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算」（1日当たり120点）も新設された。

なお、上記に加えて、医療と介護の連携では感染症対策の強化が盛り込まれているほか、かかりつけ医機能を評価する診療報酬の見直しでも、障害福祉サービスとの連携が意識されたが、意見交換会のメインテーマに入っていないので、（下）に取り上げることにしたい。

では、こうした改定の意味合いをどう評価したらいいだろうか。これらの改定内容を単発で見ると、切れ目のない提供体制を構築するため、医療・介護連携を一層、強化しようとする厚生労働省の意図を十分に理解できる。

しかし、それだけでは厚生労働省の意図を全て理解できるわけではない。むしろ、急性期病床の適正化とか、2024年度から本格施行された「医師の働き方改革」など、他の制度改正との整合性などを複線的に考察する必要がある。さらに、過去の診療報酬改定と対比することで、政策的な意味合いを考察する際の解像度も上がると考えている。

以下、(1) 急性期医療、高齢者救急、(2) 入退院支援や看取り、外来、在宅など——という2つの点で、他の提供体制改革や過去の改定内容などと対比させつつ、今回の改定に関する政策的な意味合いを深掘りする。

7——過去の改革や改定との対比を通じた考察(1)～急性期医療の見直し～

1 | 2006年度改定から地域医療構想の制度化、2022年度改定までの流れ

急性期医療や高齢者救急の見直しを論じる前提として、2006年度診療報酬改定まで遡る必要がある。この時、患者7人に対して看護師1人を配置する「7対1基準」（現名称は急性期一般入院料1）の報酬を高く設定したことで、厚生労働省の予想以上に、多くの医療機関が7対1基準を取得した。

そこで、適正化策の一つとして、2017年度から「地域医療構想」という政策が本格的にスタートした¹¹。つまり、急性期医療の見直しとか、在宅医療の充実、医療・介護連携の強化といった提供体制改革を「地域の実情」に応じて進めることが意識されたわけだ。

しかし、都道府県は民間病院などに対し、病床削減を命令できる権限を持たないため、医療機関の

¹¹ 地域医療構想は2017年3月までに都道府県が作成し、人口的にボリュームが大きい「団塊世代」が75歳以上になる2025年をターゲットに、医療提供体制改革を進めようという意図が込められていた。具体的には、都道府県が2025年時点の医療需要について、救急患者を受け入れる「高度急性期」「急性期」、リハビリテーションなどを提供する「回復期」、長期療養の場である「慢性期」に区分して推計。さらに、4つの病床区分ごとに人口20～30万人単位で設定される2次医療圏（構想区域）ごとに病床数を将来推計した。その上で、自らが担っている病床機能を報告させる「病床機能報告」で明らかになった現状と対比させることで、需給ギャップを明らかにした。その結果、全国的な数字では、高度急性期、急性期、慢性期が余剰となる一方、回復期は不足するという結果が出ており、高度急性期や急性期病床の削減と回復期機能の充実、慢性期の削減と在宅医療の充実が必要と理解されている。地域医療構想の概要や論点、経緯については、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\(1\)](#)」（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日拙稿「[公立病院の具体名公表で医療提供体制改革は進むのか](#)」を参照。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。なお、地域医療構想は目標年次が1年後に迫っており、厚生労働省は2040年頃を見通したポスト地域医療構想の議論を始めている。この点については、稿を改めて検討する。

経営者などを交えた「地域医療構想調整会議」（以下、調整会議）での議論を通じた合意形成と自主的な対応が想定されている。

一方、診療報酬改定でもテコ入れが本格化しつつある。その一例として、2022年度診療報酬改定¹²では、感染症対応まで想定した「スーパー急性期」を評価する改定項目として、「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）が創設された。

さらに、地域包括ケア病棟に関しても、自院から転棟させているケースが多いとして、2022年度診療報酬改定では、自院からの転棟に関する点数が低く設定された一方、リハビリテーションを提供する介護老人保健施設とか、自宅から患者を受け入れた際の点数が高くなった。いずれも7対1基準の適正化策を診療報酬改定で進めようという意図である。

2 | 地域包括医療病棟の政策的な意味合い

これらの動向を重ね合わせると、地域包括医療病棟が創設された背景が一層、浮き彫りになる。つまり、急性期医療の見直し、あるいは7対1基準の適正化という観点である。より具体的に言うと、7対1基準適正化の「受け皿」として、高齢者救急については、地域包括医療病棟を使いたいという企図である。

そもそも高齢者の救急受け入れの「受け皿」として、厚生労働省は当初、「地域包括ケア病棟」を想定していたが、中医協では、地域包括ケア病棟には患者13人に対して看護師1人を配置する「13:1基準」も含まれるため、「救急患者受け入れには限界がある」といった声が多く出た。そこで、新たな診療報酬の体系として、地域包括医療病棟が創設された。

この点に関しては、厚生労働省幹部も「7対1病床の中でも、在院日数や提供されている医療内容などは患者さんによって相違がある。高齢者の誤嚥性肺炎や尿路感染症など、10対1病床や13対1病床でも十分に対応できる患者さんもおられる」「高齢者の救急患者さんが増加しているものの、実は重症な人はあまり多くはない。けれども7対1病床だったり、3次救急医療を担う医療機関に運ばれている現状がある。安静臥床などによりADL（筆者注：日常生活動作）が低下、結果的に治療が終わっても元の施設に戻れなくなる（筆者注：という実情がある）」「最初は地域包括ケア病棟も考えていましたが、『13対1病床』で救急を受け入れるのは難しいというご意見もあった」「『10対1病床』を要件とする特定入院料を別に作った方がいいのではないか、という議論に収斂していきました」と率直に認めている¹³。

ここでの注目は「議論が収斂」という点である。実際、中医協の議事録を確認すると、健保連が「高齢者の急性期については、早期のリハビリが可能な地域包括ケア病棟で受け止めていただくことが望ましい姿」¹⁴と主張したのに対し、日医などの診療側からは「急激な路線変更を行えば、地域の医療提供体制を壊してしまう可能性があります」¹⁵、「主に高齢者を中心に受け入れる病棟において、ケアに必要な人的コストが担保される診療報酬点数が必要。（略）現場は不足するスタッフで非常に労力がかかる患者をケアすることを強いられることとなり、医療現場の持続可能性が損なわれる」¹⁶などの懸念が示された。その結果、

¹² この時の経緯の詳細については、2022年5月27日拙稿「[2022年度診療報酬改定を読み解く（下）](#)」、2022年1月27日拙稿「[2022年度の社会保障予算を分析する](#)」を参照。

¹³ 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。

¹⁴ 2023年7月5日、中医協総会議事録における健保連の松本真人理事の発言を参照。

¹⁵ 2023年11月8日、中医協総会議事録における日医の長島公之常任理事の発言を参照。

¹⁶ 同上議事録における日本医療法人協会の太田圭洋副会長の発言を参照。

地域包括医療病棟という新しい類型を作る方向で議論が「収斂」したわけだ。

さらに、注目されるのは地域包括ケア病棟と地域包括医療病棟の違いと共通点である。両者と7対1基準を比較した図表4の通り、両者の仕組みは基本的に異なる。具体的には、地域包括ケア病棟は既述した通り、「急性期を経過した患者の受け入れ」「在宅で療養中の患者の受け入れ」「在宅復帰支援」の3つの役割を持つとされる。一方、2024年度改定で創設された地域包括医療病棟ではリハビリテーションの機能を持っている点で、地域包括ケア病棟と共通しているが、あくまでも主な役割は救急となる。

これに対し、共通点としては、いずれも「地域包括」という言葉が冠されており、介護施設や在宅ケアとの連携を含めて、「地域」との関係が強く意識されている。さらに、2つの制度には「7対1基準の適正化に向けた受け皿」という狙いが込められている共通点もある。

図表4：7対1基準と地域包括医療病棟、地域包括ケア病棟の比較

	7対1基準 急性期一般病棟入院料1	地域包括医療病棟	地域包括ケア病棟 入院料1
病棟の趣旨	急性期医療	<ul style="list-style-type: none"> 高齢者急性期を主な対象患者とし、治す医療とともに同時に支える医療（リハビリなど）を提供することで、より早期の在宅復帰を可能とする。 	<ul style="list-style-type: none"> 急性期治療を経過した患者の受け入れ 在宅で療養を行っている患者などの受け入れ 在宅復帰支援
看護配置	7対1以上	10対1以上	13対1以上
在院日数	平均在院日数16日以内	平均在院日数21日以内	60日まで算定可能
救急医療体制	救急医療管理加算などで評価	<ul style="list-style-type: none"> 24時間救急搬送を受け入れられる体制を構築していること 画像検査、血液学的検査などの24時間体制 救急医療管理加算などによる評価 	<ul style="list-style-type: none"> 2次救急医療機関または救急告示病院（一般病床の場合）
救急実績	地域医療体制確保加算などで実績に応じた評価	<ul style="list-style-type: none"> 緊急入院割合：緊急入院直接入棟1割5分以上 	<ul style="list-style-type: none"> 自宅などからの緊急患者の受け入れ 3月で9人以上
リハビリテーション		<ul style="list-style-type: none"> 理学療法士、作業療法士または言語聴覚士2人以上の配置 ADLに係る実績要件 	<ul style="list-style-type: none"> 理学療法士、作業療法士または言語聴覚士1人以上の配置
在宅復帰率	80%以上 (分子に地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟などへの退院を含む)	80%以上 (分子に回復期リハビリテーション病棟などへの退院を含む)	72.5%以上 (分子に回復期リハビリテーション病棟などへの退院を含まない)

出典：厚生労働省資料を基に作成

例えば、地域包括ケア病棟が2014年度改定で創設された際、国会では「言うなれば急性期からの受け皿というような病床をふやしていこうということ」¹⁷という答弁が出ていた。地域包括医療病棟に関しても、移行イメージの一つとして、「7対1基準」が例示されており、やはり急性期医療の適正化が意識されている様子を読み取れる。この辺りの期待については、7対1基準の適正化を期待する健保連サイドが「今回の大きな目玉の一つだと思っておりますし、期待は非常に大きい」¹⁸、「急性期一般入院料1（筆者

¹⁷ 2014年2月17日、第186国会衆院予算委員会における田村憲久厚生労働相の発言。

¹⁸ 2024年4月17日『m3.com』配信記事における健保連理事の松本氏のインタビューを参照。

注：7対1基準）等からの転換がどのくらいの規模感であるのか注視していきます」¹⁹と強い期待感を示していることとも符合する。

3 | 協力医療機関の政策的な意味合い

さらに、介護施設と協力医療機関の連携についても、急性期医療見直しの文脈で捉え直すと、7対1基準の見直し論議と関連していることに気付く。具体的には、高齢者施設と救急医療機関の意思疎通を日頃から促している点とか、地域包括ケア病棟や在宅病、在宅診など地域との接点を持つ医療機関が担うことを「望ましい」とされた点については、単に医療・介護連携を強化する狙いだけでなく、救急医療の負担を軽減する意図が見え隠れする。言い換えると、切れ目のない提供体制づくりという説明に加えて、7対1基準の適正化を含めた急性期医療の見直しという意図も念頭に置く必要がある。

実際、厚生労働省幹部は介護保険施設と協力医療機関の関係構築による効果として、「入所者の病状が突然悪化した場合に救急車を呼ぶ回数が減るでしょうし、入院の回避にもつながることが期待できます」「高齢者救急がこれから増えることが予想されるなかで、ここをうまく回すことをめざす必要があります」と期待感を示している²⁰。

4 | またもや公益裁定となった7対1基準の数値見直しを加味すると…

さらに、他の診療報酬改定に目を向けると、急性期医療の見直しという意図は一層、明確になる。その一つとして、急性期医療の実績を定量的に評価する「重症度、医療・看護必要度」の見直しを指摘できる。

ここで言う「重症度、医療・看護必要度」とは入院基本料などの施設要件で使われている基準。病棟内の入院患者の状態などについて、▽輸血や血液製剤管理などのモニタリング項目と、呼吸ケアなど専門的な治療を評価するA項目、▽食事摂取など看護・介護の手間を評価するB項目、▽全身麻酔など外科的な治療など重症患者の度合いを測るC項目——の3項目に渡って点数で評価することで、急性期医療の状況を定量的に把握することを目的としている。

その評価方法は複雑かつ精緻であり、基準1（A得点が2点以上かつ3点以上）、基準2（A得点が3点以上）、基準3（C得点が1点以上）のいずれかを満たす該当患者の基準を設定した上で、入院基本料に応じて、クリアしなければならない比率が定められている形だ。例えば、2022年度改定時点で7対1基準の場合、看護師がチェックする「必要度Ⅰ」で31%以上、レセプト（支払明細書）ベースで定量的に測定する「必要度Ⅱ」で28%以上を達成する必要があった。

言い換えると、この基準を「操作」すれば、医療機関は7対1基準の取得が困難になるため、医療機関の経営にとってマイナスになる半面、厚生労働省は7対1基準の適正化策として使える側面を持つ。実際、中協では毎回、争点になっており、7対1基準の適正化に期待する支払側が厳格化を求めると、これに診療側が反対することが多い。過去の改定を振り返っても、診療側、支払側の意見が一致せず、最終的に有識者で構成する公益裁定の裁定に委ねられる展開が2018年度、2020年度、2022年度と3回連続で続いており、前回の2022年度診療報酬改定では公益委員による裁定の結果、「心電図モニター管理」がA項目から廃止された。

¹⁹ 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のインタビューを参照。

²⁰ 2024年5月1日『社会保険旬報』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。

今回も「重症度、医療・看護必要度」の見直しが対立点となり、特に B 項目の是非が焦点となった。厚生労働省が中医協に提出した資料では、7 対 1 基準に入院した患者の初日の状況を見ると、B 項目の得点が高い患者が僅かだったことが分かり、健保連は「急性期の機能を適切に反映されていないと考えられるため、評価の対象から除外すべき」と主張した²¹。

これに対し、診療側は「現在の重症度、医療・看護必要度が入院基本料に直接ひもついている現状では、軽率な基準の変更は医療提供を行っている現場に大きな影響を及ぼすことから、しっかりとした分析、すなわち病棟に必要なマンパワー、人件費の分析が行われるまでは避けるべき」²²と反論して議論は平行線をたどった。その後、基準を見直した場合の詳細な試算が厚生労働省から示されたが、最後まで意見の一致を見ず、最終的に公益裁定を経て、B 項目が廃止された。

さらに、7 対 1 基準に関する患者割合についても、▽A 得点が 3 点以上または C 得点が 1 点以上の場合、必要度 I は 21%、必要度 II は 20%、▽A 得点が 2 点以上または C 得点が 1 点以上の場合、必要度 I は 28%、必要度 II は 27%——と定められた。いずれも 7 対 1 基準の見直しの一環と理解する必要がある。

5 | ICU の要件厳格化も

このほか、急性期医療の見直しでは、ICU を持つ病院を対象とした「特定集中治療室管理料」の要件厳格化も見逃せない。この管理料は ICU を有する医療機関について、配置される医師や看護師、治療室の面積、先に触れた「重症度、医療・看護必要度」に応じて細かく分かれており、医療機関サイドが重症な患者を受け入れるほど、高い点数を取れる仕組みになっている。

今回の見直しでは、特定集中治療室管理料の区分が 1~4 の 4 種類から 1~6 の 6 種類に細分化されるとともに、診療報酬の点数が高い 4 つの区分 (1~4) については、SOFA (Sequential Organ Failure Assessment) という数値基準が導入された。

ここで言う SOFA とは重症患者を対象としたスコアであり、呼吸や肝臓、循環、中枢など 6 種類の機能不全を 0~4 点で点数化し、最大 24 点で評価する。2024 年度診療報酬改定では、管理料 1~2 で「入室日の SOFA スコア 5 以上」、3~4 で「入室日の SOFA スコア 3 以上」という数値基準が設定された。言い換えると、ICU を備えた医療機関が高い診療報酬点数を取ろうとすると、重症度が高い患者を受け入れる必要に迫られた形であり、急性期医療の適正化に繋げる意図を読み取れる。

このほか、ICU の関係では医師の配置基準も見直された結果、1~4 の管理料では専任の医師について、一定の場所で夜勤や拘束される「宿日直」の医師ではないことが要件化された。これは医師の働き方改革を意識した医師の負担軽減という側面を持つとともに、医療機関は医師を多く確保することが求められることになり、ICU を含めた急性期医療の適正化に繋がる要素を持っている。

なお、医師の働き方改革の関係では、労働時間の短縮に取り組む救急病院を主な対象とした「地域医療体制確保加算」も見直されており、(下) で取り上げる。

6 | DPC の要件厳格化など

さらに、入院医療を包括的に評価する DPC (診断群分類) も厳格化された。DPC は一定規模以上の病院に

²¹ 2023 年 11 月 8 日、中医協総会議事録における健保連理事の松本氏の発言を参照。

²² 同上における日本医療法人協会副会長の太田氏の発言を参照。

おける診療や検査などを包括的に評価する仕組みであり、医療機関の状況を細かく評価する「係数」が設定されている。2024年度改定では平均入院日数の短縮など、医療提供体制の効率化に寄与する取り組みを評価する「機能評価係数Ⅱ」の6項目のうち、データの透明化などを図る「保険診療係数」が削除された。

この意図について、厚生労働省幹部は「(筆者注:保険診療係数は)ほぼ全てで『100点』を取れるので、医療機関間で差が付かない」とした上で、「その分を他の係数に振っているので、他の係数が平均よりも高いところは良くなる一方、低いところは下がります」と説明している²³。要はDPCの絞り込みを図るため、多くの医療機関が満たしている係数を撤廃したというわけだ。

さらに、DPCの対象となる病院の基準に「調査期間1月当たりのデータ数が90以上」という要件も加えられた。この結果、要件を満たせない医療機関はDPCの対象病院から外れる可能性があり、中医協の診療側委員からは「『中小病院はDPCから退出して結構です』というメッセージになっている」「DPC算定が1病棟のみの病院では、『データ数90以上』を満たすのは結構厳しい」との声が出ている²⁴。これも急性期医療の適正化策の一つと受け止めていだろう。

このほか、▽急性期医療を評価する「総合入院体制加算」の要件厳格化、▽3次医療機関に搬送された患者について、連携する医療機関でも対応が可能と判断した場合、転院搬送を評価する「救急患者連携搬送料」(最大1,800点)の創設、▽高度かつ専門的な医療の実績や高度急性期医療の実施体制を評価する「急性期充実体制加算」の要件厳格化——などの改正が盛り込まれた。

地域包括ケア病棟に関しても、救急搬送患者の緊急入院や介護施設からの搬送患者を受け入れる場合の点数が引き上げられたほか、入院日数に応じて点数を減らす仕組みも設けられた。

7 | 急性期医療の見直しという共通点

以上のような細かい改定項目を照らし合わせると、高齢者救急を見直す動きとか、地域包括医療病棟の創設の意図が単なる医療・介護連携にとどまらない様子を読み取れる。むしろ、地域医療構想の制度化などで一貫して意識されている急性期病床の適正化、さらに言うと、中小規模病院の再編を促す意図が見え隠れする。

実際、厚生労働省幹部は「今回の改定を踏まえ、高度急性期、急性期では、集約化が進むのではないかと見込んでいます」と述べている²⁵。費用抑制に期待する健保連も、地域包括医療病棟の新設や地域包括ケア病棟の見直しを意識しつつ、「医療資源の投入量等に応じてメリハリを効かせる内容」「病床機能の分化・強化連携が進むことを期待しています」と話している²⁶。

しかし、これらの期待とは裏腹に、現場の医療機関は地域包括医療病棟について、模様眺めを続けている。例えば、日本病院会、全日本病院協会、日本医療法人協会の3団体が2024年6月に公表した調査²⁷では、「地域包括医療病棟への転換を予定している」と答えた病院はわずか3.9%にとどまり、「検討中」も

²³ 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。

²⁴ 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。

²⁵ 2024年7月1日『週刊社会保障』No. 3274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。

²⁶ 2024年6月10日『週刊社会保障』No. 3271における健保連理事の松本氏のインタビューを参照。

²⁷ 2024年6月10日公表の日本病院会、全日本病院協会、日本医療法人協会による「地域包括医療病棟入院料への移行調査〈集計速報値〉報告書」を参照。有効回答は1,002病院。

14.1%に過ぎなかった。さらに、在支病などで構成する日本在宅療養支援病院連絡協議会の調査²⁸でも、「検討中」が41.7%に及んだものの、「移行する」という答えは4.2%だった。

このように消極的な理由として、リハビリテーション職の配置基準など施設基準を満たせない点などが挙がっており、診療団体では「(筆者注：リハビリテーション専門職確保に苦勞している) 傾向に拍車がかかることは十分に考えられる」²⁹、「(筆者注：移行しない理由が) 多項目で厳しい。どのようにしたら選びやすくなるのか分からなくなってしまったという結果だ」との声が出ている³⁰。

このため、厚生労働省や健保連の期待通りに急性期医療の見直しに繋がるかどうか、現時点では微妙な状況だ。そこで、「要件が厳し過ぎる」といった声に配慮する形で、2024年5月に示された疑義解釈では、一部の要件について、2026年5月まで経過期間を設ける方針が示された。

一方、要件を緩和し過ぎると、7対1基準からの移行も含めて、制度改革の趣旨が骨抜きになりかねないため、地域包括医療病棟の要件は2026年度診療報酬改定でも引き続き論点となりそうだ。

8——過去の改革や改定との対比を通じた考察(2)～入退院支援や看取り、外来、在宅など～

1 | 地域医療構想、かかりつけ医の機能強化、過去の改定

同じく入退院支援や看取り、外来、在宅などでも、他の制度改革や過去の報酬改定との対比が必要と考えており、この部分でも既述した地域医療構想との関係性が欠かせない。

具体的には、既に記述した通り、地域医療構想は急性期病床の見直しに加えて、リハビリテーションなどを提供する回復期の充実や医療機関同士の連携、在宅復帰支援、在宅医療の充実、医療・介護連携も意識されている。実際、現在の制度改革の流れを作った2013年8月の社会保障制度改革国民会議報告書では、「川上に位置する病床の機能分化という政策の展開は、退院患者の受入れ体制の整備という川下の政策と同時に進められるべき」という文言を用いることで、「川上」に相当する病床から「川下」の地域に患者を流す意図が示されていた。

過去の改定でも、上記の観点に沿った見直しが講じられており、2021年度介護報酬改定では、ケアマネジャーが退院支援業務に当たってもらえるようにする「通院時情報連携加算」(1カ月当たり50単位)が創設された³¹。具体的には、ケアマネジャーが利用者の通院に付き添うとともに、利用者の心身状況や生活環境などを医師などに情報提供したり、医師から情報を提供してもらった後、これらの情報をケアプラン(介護サービス計画)に記録した場合、加算を受け取れるようにした。現行制度では、どんなにケアマネジャーが退院支援に協力しても、高齢者が回復したり、亡くなったりして、介護保険サービスを使わない場合、居宅介護支援費の報酬は発生しない限界があるため、通院時情報連携加算を通じた連携が企図された。

²⁸ 2024年6月30日公表の日本在宅療養支援病院連絡協議会による調査。有効回答数は96病院。なお、同協議会ウェブサイトに掲載されている調査結果では、公表された日付が分からないため、同調査結果を報じた2024年7月1日『GemMed』配信記事を参照。

²⁹ 2024年5月号『日経ヘルスケア』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記事を参照。

³⁰ 2024年6月26日の記者会見における全日本病院協会長の猪口氏による発言。同日配信『m3.com』配信記事を参照。

³¹ 2021年度介護報酬改定の内容については、2021年5月14日拙稿「[2021年度介護報酬改定を読み解く](#)」を参照。

実際、厚生労働省の委託調査³²では、約4分の3の事業所が算定しておらず、2024年度改定でも大きく変更されたわけではないが、退院支援に際して、在宅介護を受ける際の「入口」となるケアマネジャーの「タダ働き」を防ぐことで、切れ目のない提供体制を構築しようとしていると考えれば、医療提供体制改革における一つの手立てと理解できるし、医療・介護連携の進化に向けた国の意図を読み取れる。

一方、病床を「川上」と捉える発想では、住民や患者が暮らす地域を「病床削減の受け皿」と見なすことになり、筆者は「病院を『川上』、地域を『川下』と発想し、医療提供体制改革を論じるのは本末転倒」と大きな違和感を抱いていた³³。

その後、新型コロナ禍を契機に、かかりつけ医の機能強化論議が浮上³⁴。2022年12月の社会保障審議会医療部会意見書では、2025年の目標年次が近づく地域医療構想について、「病院のみならずかかりつけ医機能や在宅医療等を対象に取り込み、議論を進めた上で、慢性疾患を有する高齢者の増加や生産年齢人口の減少が加速していく2040年頃までを視野に入れてバージョンアップを行う必要がある」という文言が入った。

さらに、2023年通常国会における法改正を経て、かかりつけ医機能の強化に向けた検討が現在、厚生労働省の審議会で進んでおり、2024年6月に閣議決定された骨太方針でも「2040年頃を見据えて、医療・介護の複合ニーズを抱える85歳以上人口の増大や現役世代の減少等に対応できるよう、地域医療構想の対象範囲について、かかりつけ医機能や在宅医療、医療・介護連携、人材確保等を含めた地域の医療提供体制全体に拡大する」という文言が盛り込まれている。

2 | 介護予防の強化

今回の改定のうち、リハビリテーション・口腔・栄養の一体的な運用に関しては、介護予防の強化という文脈も意識する必要がある。政府は近年、介護保険の給付抑制を目指す手段として、要支援・要介護状態の維持や改善を図る「自立支援・重度化防止」を重視しており、その一環として、2018年度改定ではADLの維持・改善に取り組む通所介護（デイサービス）に対するインセンティブとして、「ADL維持等加算」が創設された。

さらに、リハビリテーション・口腔・栄養の連携に関しては、2021年度介護報酬改定の時点で「今回の改定でやりたかったものの一つ」（筆者注：3つが）一体となって取り組むことでより効果的な自立支援・重度化防止につながることを期待される³⁵と説明されていた。このほか、データに基づ

³² 三菱総合研究所（2023）「居宅介護支援および介護予防支援における令和3年度介護報酬改定の影響に関する調査研究事業報告書」（老人保健事業推進費等補助金）を参照。調査対象は2022年9月提供分、回答数は753件。

³³ 詳細については、2017年12月8日拙稿「[地域医療構想を3つのキーワードで読み解く（4）](#)」を参照。

³⁴ ここでは詳しく触れないが、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広げた。結局、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だ。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』の意味を問い直す](#)」を参照。

³⁵ 2021年2月5日に開催された慢性期リハビリテーション学会における老健局老人保健課長の眞鍋氏による説明。2021年3月1日『社会保険旬報』No. 2812を参照。

く介護を目指す「科学的介護」が2021年度報酬改定からスタートしており、ここでも高齢者の身体的自立が専ら意識されている³⁶。

3 | 今回改定の政策的な意味合い

こうした制度改正を「補助線」のように引くと、今回の改定内容の政策的な意味合いを理解できる。まず、地域医療構想を含めた医療提供体制改革の流れでは、入退院支援の円滑化とか、看取りや外来、在宅での医療・介護連携の強化を通じて、切れ目のない提供体制の構築を図ろうとする意図である。実際、中医協の議論に参加している日医常任理事の長島氏は「1つの医療機関だけで地域のかかりつけ医機能を全て担うのは現実的ではなく、地域での医療・介護連携を通じて面としてかかりつけ医機能を発揮することが求められる。この観点で、医師が日ごろからケアマネジャーと相談できる体制は不可欠」³⁷と述べており、医療・介護連携を図る方向性は今後も継続されるとみられる。

このほか、リハビリテーション・口腔・栄養の連携強化についても、介護予防の強化という延長線で捉えれば、その意図が一層、明確になる。一例として、厚生労働省幹部は「一度落ちた機能が回復するには時間かかります」「(筆者注：運動できる状態になったら) すぐに開始して機能をできるだけ維持・回復していただくことが重要」「(筆者注：十分なリハビリテーションには) 栄養状態はよくなければなりませんし、栄養を補給するためには、口から食べられることが大切」とした上で、今回の報酬改定を通じて、上記のような取り組みを急性期の段階でも実施して欲しいと説明している³⁸。

以上のような議論を踏まえると、医療・介護連携が期待される場面が幅広くなっていると言える。どちらかと言うと、これまでの医療・介護連携では在宅における入退院支援、看取り対応、療養支援などに力点が置かれていたが、今回の同時改定では高齢者施設における救急とか、外来における情報共有、介護予防の強化など、医療・介護連携が求められる部分が深くなっており、切れ目のない提供体制を構築する上で重要な視点である。

さらに、近年は専門職同士の連携の幅が広がりつつある。具体的には、(下)で述べる通り、医療的ケア児の支援では医療と障害福祉サービスの連携も求められるようになってきているほか、分野・属性を問わずに地域の支え合いを作ることを目指す「重層的支援体制整備事業」とか、家族の介護その他の日常生活上の世話を過度に行っていると認められる子ども・若者を指す「ヤングケアラー」の支援では、教育や雇用まで含めた連携も必要とされている。

このため、多職種・多機関連携の充実に向けて、現場における一層の実践と、制度面での充実が求められる。さらに、こうした専門職の活動を支える自治体の役割も大きくなる。特に高齢者分野では、多職種の研修や住民向け啓発などに関して市町村と地区医師会が連携する「在宅医療・介護連携推進事業」³⁹とか、多職種による連携で個別課題の解決や地域課題の発見などを旨とする「地域ケア会議」

³⁶ 科学的介護に関しては、「LIFE (Long-term care Information system For Evidence) と呼ばれるデータベースへのデータ提出→国によるデータ分析→フィードバックされた情報の活用」を促すため、「科学的介護推進体制加算」が2021年度に創設された。なお、筆者はデータ活用の必要性を認識しつつも、その限界を当初から指摘している。詳細については、2021年9月15日拙稿「[科学的介護を巡る「モヤモヤ」の原因を探る](#)」、2019年6月25日拙稿「[介護の『科学化』はどこまで可能か](#)」を参照。

³⁷ 2024年5月号『日経ヘルスケア』におけるインタビューを参照。

³⁸ 2024年7月8日『週刊社会保障』No. 3275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。

³⁹ 同事業は介護保険料を転用した「地域支援事業」の一部であり、市町村と地域医師会による事業が実施されている。

が制度化されており、こうした既存の仕組みを上手く使いつつ、市町村が連携を深化、拡大させることが求められる。

9—強まっている診療報酬改定による誘導の傾向

1 | 「地域の実情」に応じた体制整備と報酬改定の関係性は？

最後に、医療を中心に今後の提供体制改革を占う上で、今回の改定の意味合いを考察したい。現在、医療提供体制改革では、2040年を見通したポスト地域医療構想に加えて、かかりつけ医機能の強化や医師偏在是正の見直し論議が高まっているものの、いずれも現場の運用では、「地域の実情」に応じて、都道府県が中心的な役割を果たすことが期待されている⁴⁰。言わば分権的な対応が期待されている。

しかし、今回で考察した診療報酬、介護報酬は全国一律であり、地域差を考慮できない。このため、今回の改定のように、診療報酬主導で急性期の集約化を進めようとする、「地域の実情」に沿わない状況が生まれかねない。

実際、高齢者施設と医療機関の連携では、「地方では周辺に医療機関が少なく、協力医療機関探しに難渋する地域も目立つ」⁴¹との声が出ている。分かりやすい言葉で言うと、分権的な対応が求められる地域医療構想などの提供体制改革と、集権的に決まる報酬改定の「喰い合わせ」は悪いと言わざるを得ない⁴²。

2 | 元々は報酬改定による誘導の限界が話題に

しかも地域医療構想の淵源を辿ると、報酬改定による誘導の限界が意識されていた面があった。その証左として、現在の制度改革の流れを作った2013年8月の社会保障制度改革国民会議報告書では、下記のように報酬改定による誘導の限界が指摘されていた。

日本の提供体制への診療報酬・介護報酬による誘導は、確かにこれまで効き過ぎるとも言えるほどに効いてきた面があり、政策当局は、過去、そうした手段に頼って政策の方向を大きく転換することもあった。だが、そのような転換は、医療・介護サービスを経営する側からは梯子を外されるにも似た経験にも見え、経営上の不確実性として記憶に刻まれることになる。それは、政策変更リスクに備えて、いわゆる看護配置基準 7 対 1 を満たす急性期病院の位置を確保しておいた方が安全、内部留保を十二分に抱えておかなければ不安、など過度に危機回避的な行動につながり、現在の提供体制の形を歪めている一因ともなっている。

要するに、報酬改定は医療・介護事業所の収入に影響する分、「効き過ぎる」ほど効果的であり、だからこそ厚生労働省が頻繁に政策誘導に使ってきた。しかし、それでは医療・介護事業所の経営者の予見可能性が高まらず、制度変更のリスクを回避するための行動に出るようになり、7 対 1 基準の増加など医療・介護提供体制の歪みを生んでいる——という問題意識である。

⁴⁰ 「地域の実情」という言葉は近年、医療・介護・福祉領域で頻繁に使用されている。その使われ方や自治体の実情、今後の方策や論点などについては、「地域の実情」という言葉に着目した拙稿コラムを参照（リンク先は[第1回](#)）ここで専ら取り上げた医療提供体制改革については、[第4回](#)を参照。

⁴¹ 2024年5月号『日経ヘルスケア』における全国老人福祉施設協議会副会長の小泉氏インタビューを参照。

⁴² なお、この点を筆者は診療報酬改定の度、指摘している。詳細については、2022年5月27日拙稿「[2022年度診療報酬改定を読み解く（下）](#)」、2020年4月24日拙稿「[2020年度診療報酬改定を読み解く](#)」、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。

その上で、報告書では病床区分など医療機関の体系を法的に定め直す必要性とか、地域差を考慮する報酬の体系的な見直しが必要との認識が披露されていた。ここで言及されている病床区分を定め直す部分については、地域医療構想に通じる考え方であり、報酬改定による誘導の「一本足打法」ではなく、地域医療構想を含めた政策手法の多様化の必要性が言及されていたことになる。

しかし、この時点で両者の喰い合わせの悪さは必ずしも論点になっていなかった。敢えて言うと、地域医療構想がスタートした頃、厚生労働省幹部が「(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」⁴³、「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」⁴⁴と説明していた程度である。

しかも、この言説に従うと、地域医療構想を各地域で進めることが大前提であり、診療報酬は医療機関に選択肢を提示する役割を果たすと説明されていたことになる。

3 | 強まる政策誘導型改定の傾向

それにもかかわらず、報酬改定、特に診療報酬改定では政策誘導の傾向が強まっており、その背景として「地域医療構想の推進→病床削減、医療機関の機能分化→医療費抑制」の経路を期待する財務省によるプレッシャーを指摘できる。

これが端的に表れたのが2022年度改定だった。この時、日医は新型コロナ禍の影響などを理由に、小幅な改定を希望したが、既述した通り、スーパー急性期を評価する急性期充実体制加算が創設されるなど、思い切った改定に至った。このため、医療の関係団体から「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」⁴⁵、「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」⁴⁶との声が出た。しかも、この時の改定では、予算案と改定率の決着に際して、財務相と厚生労働相が提供体制改革を加速させることで合意文を交わし、これを基に広範かつ大幅な見直しが入った。

2024年度改定では、2022年度改定ほど露骨な動きは見られなかったが、2023年5月と11月の財政制度等審議会(財務相の諮問機関)の建議(意見書)では、地域医療構想を含めた医療提供体制改革を進めるため、7対1基準など看護師配置に過度に依存した報酬体系を見直す必要性が言及された。つまり、当初は「効き過ぎる」ほど依存していた報酬改定だけに依存せず、「地域の実情」に応じた自治体主体の体制整備が期待されていたのに、財務省のプレッシャーを受けて、再び「効き過ぎる」手段である報酬改定に頼る傾向が強まっていると言える。これらの経緯を踏まえると、「報酬改定で集権的に誘導するのか」「分権的な積み上げで見直すのか」という選択肢の間で、一貫性が見られない。

⁴³ 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の迫井正深医療課長による発言。

⁴⁴ 2018年3月12日『m3.com』配信記事』における厚生労働省保険局医療課長の迫井氏の発言。

⁴⁵ 2022年3月2日『m3.com』配信記事における城守国斗日医常任理事の発言。

⁴⁶ 2022年2月9日記者会見における日本病院会の相澤孝夫会長の発言。同月10日『m3.com』配信記事』を参照。

しかし、こうした状況は関係者の合理的な判断で生み出されている面がある。つまり、地域医療構想を含めた医療提供体制改革に際して、国や都道府県は医療・介護の事業主体や専門職に対して強制力をほとんど持っておらず、住民を含めた関係者の合意形成をベースに進めざるを得ない。このため、相応の時間が掛かるし、分権的な対応を期待している以上、自治体や現場の意識・行動次第で、地域格差が生まれることも避けられない。

その半面、地域医療構想の議論が進まないことに財務省が苛立ちを覚え、診療報酬改定によるテコ入れに期待する事情も一定程度、理解できる。言い換えると、報酬改定による誘導の傾向は必然の要素を持っており、恐らく今後も変わらないだろう。

その結果、診療体制の縮小などの影響を被る地域も出ることが予想されるし、こうした状況を防ぐため、調整会議などの場を通じた意思疎通とか、引き上げられた消費税収を活用した「地域医療介護総合確保基金」の活用など、「地域の実情」に沿って、医療では都道府県、介護では市町村が主体的に振る舞うことが期待される。さらに、高齢者医療確保法では都道府県が診療報酬を変更できる「地域別診療報酬制度」が制度化されており、この選択肢のメリットとデメリットを勘案しつつ、自治体に対する権限移譲の是非も検討する必要がある⁴⁷。

10—おわりに

高齢者施設等のみならず関係する医療機関においてもご理解いただくことが重要です——。厚生労働省は今年7月、都道府県や政令指定都市宛の通知で、医療と介護の連携強化を自治体レベルでも周知するように要請した。この通知に見られる通り、今回の改定では高齢者救急の見直しなどで医療・介護連携の深化が期待されており、本稿でも協力医療機関の義務化など、改定の内容や狙いなどを中心的に考察した。切れ目のない提供体制を構築する上では医療・介護連携を一層、深化または拡大させる必要があり、多職種・多機関連携の充実に向けた一層の現場の実践が求められる。さらに、これらの活動を支える国の制度の見直しとか、自治体によるバックアップも求められる。

このほか、高齢者救急の見直しに関しては、医療・介護連携の強化という側面だけでなく、急性期病床の適正化という目的が込められており、本稿ではICUの厳格化など関連する改定項目を細かく見た。その結果、地域医療構想など自治体の主体性が期待されていた提供体制改革を報酬改定で誘導しようとする傾向が一層、鮮明になった経緯や背景を考察した。こうした傾向は今後も続く可能性が高く、「地域の実情」に応じた体制整備が期待される自治体の主体性ととも、一層の制度改正も意識する必要がある。

トリプル改定を考察する3回シリーズの最終回では、医師の働き方改革に関する改定項目とか、感染症対策を巡る医療と介護の連携、医療と障害福祉の連携など、これまでに言及していない見直しの項目をピックアップする。その上で、診療報酬改定に関して、中医協をバイパスするような動きが続いている動向や背景を検討する。

⁴⁷ 地域別診療報酬制度は2008年度制度改革で導入されたが、一度も発動されていない。中でも、最近では都道府県単位での負担と給付を均衡させる手段として、財務省が制度の活用を主張している。これに対し、負担と給付の関係が明確になる可能性を重視する賛成派と、医療費抑制に繋がることを懸念する反対派の見解が割れており、意見の統一を見ていない。地域別診療報酬制度の経緯や論点に関しては、2023年8月25日拙稿「[全世代社会保障法の成立で何が変わるのか（下）](#)」を参照。