

基礎研 レポート

2024 年度トリプル改定を読み解く (下)

医師の働き方改革、感染症対策など、その他の論点を考える

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～医師の働き方改革、感染症対策など、その他の論点を考える～

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 月までにスタートした。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、生活習慣病対策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。さらに [\(中\)](#) では、医療・介護連携や急性期医療の見直し、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し、医療提供体制改革を診療報酬改定の誘導で実現しようとする傾向が一層、強まった点を指摘した。

最終回となる（下）では残された論点のうち、▽2024 年度から本格施行された「医師の働き方改革」、▽新型コロナウイルスを踏まえた新興感染症対策、▽医療 DX（デジタルトランスフォーメーション）の推進——などの提供体制改革に関わる改定に言及する。さらに、医療と障害福祉の連携とか、両親や兄弟姉妹の面倒を過度に見ている子どもを指す「ヤングケアラー」の支援など、多職種・多機関連携に関する改定も取り上げる。

一方、長期収載品の患者負担拡大や介護保険施設の室料に関する負担増、障害福祉サービスの報酬見直しなど、医療、介護、障害福祉に関わる給付適正化策も実施されているため、これらの改正内容を横断的に網羅する。最後に、シリーズを締め括るに際して、診療報酬改定の決定過程を考察する。具体的には、政治主導による意思決定の下、業界団体などが参加する厚生労働省の審議会がバイパスされている実態を指摘し、その背景や方向性を探る。

2——提供体制改革の残された論点に言及

今回のトリプル改定は医療、介護、障害福祉にまたがる広範な範囲で見直しが講じられたほか、日本医師会（以下は日医）幹部が「資料が 2 年前の改定と比べても、とても分厚くなった」「議論すべき課題が大

変多い上に、非常に難しい課題が複数重なり、本当に難しく大変な改定だった¹と振り返るほど、複雑で細かい改定が講じられている。

トリプル改定を取り上げた本シリーズのうち、既に [\(上\)](#) では主に賃上げ対応、[\(中\)](#) では医療・介護連携や急性期医療の見直しなどの提供体制改革をピックアップしたが、最終回となる今回は提供体制改革のうち、残された論点として、(1) 2024 年度から本格施行された医師の働き方改革への対応、(2) 新型コロナウイルスへの対応を踏まえた新興感染症対策の強化、(3) 医療 DX の推進、(4) 医療と障害の連携、(5) ヤングケアラー、重層的支援体制整備など——に言及する²。

さらに、社会保障費を抑制する観点に立ち、薬剤費の患者負担や介護施設入居者の利用者負担を増やす見直しなども講じられており、給付抑制に関わる改定にも言及する。なお、介護制度改革では近年、職場環境改善を図るとともに、少ない人員で現場が回る体制整備を目指す「生産性向上」の議論が盛んになっており、2024 年度介護報酬改定では加算の創設などテコ入れが図られた。しかし、この点は別稿³で述べており、今回は取り上げない。

3——提供体制改革に関する改定(1)～医師の働き方改革～

1 | 働き方改革の内容と過去の改定

まず、提供体制改革では、医師の働き方改革に関わる改定から議論を始める⁴。医師の働き方改革は 2024 年度から本格施行されており、図表 1 の通り、医師の残業時間を原則として年 960 時間、例外的に年 1,860 時間に制限することが重視されている。

具体的には、残業時間の上限や医療機関の役割に応じて、▽残業時間を年 960 時間に抑制する「A 水準」、▽地域医療提供体制を確保する観点に立ち、止むを得ずに年 960 時間を超える場合、年 1,860 時間までの残業が認められる「B 水準（地域医療確保暫定特例水準）」、▽多くの症例を集中的に経験する必要がある研修医の教育なども含めて、年 1,860 時間の超過勤務が認められる「C 水準（集中的技能向上水準）」——に大別された⁵。

つまり、A 水準の年 960 時間を原則となっており、あくまでも B 水準と C 水準は例外扱いである。しかも、B 水準は 2035 年度で廃止されることになっており、医療機関は診療体制の見直しとか、看護師や薬剤師など他の職種に業務を移譲する「タスクシフティング」などを通じて、医師の超過勤務時間を抑える必要に迫られている。

¹ 2024 年 5 月 2 日『m3.com』配信記事における長島公之常任理事のインタビューを参照。以下、発言当時の肩書で統一。

² 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』『JOINT ニュース』『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など最小限にとどめる。

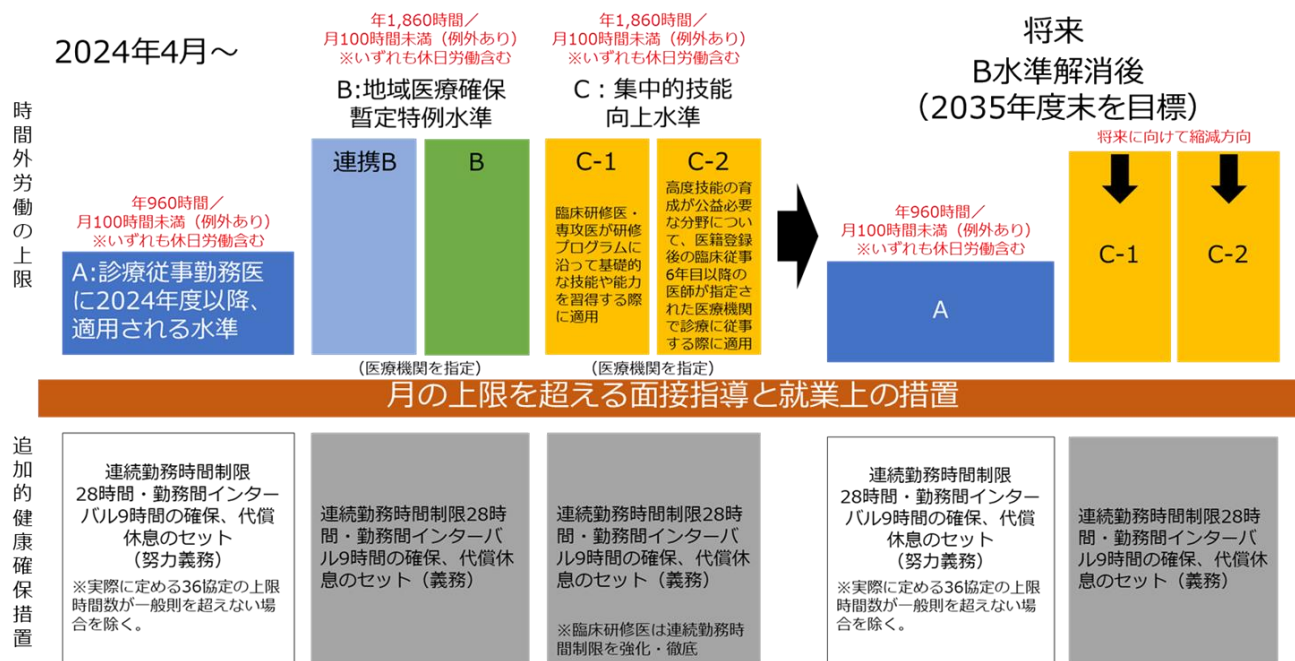
³ 介護の生産性向上では、(1) 現場の相談を受け付けるワンストップ窓口を都道府県に設置、(2) センサーなどテクノロジーを導入する介護施設などを評価する「生産性向上推進体制加算」の創設、(3) 介護施設などに生産性向上のための委員会設置を義務化、(4) テクノロジー導入など生産性を向上させた場合、人員配置基準の特例的な柔軟化など容認——といった制度改正、報酬改定が実施された。これまでの経緯や論点など詳細については、2024 年 5 月 23 日拙稿 [「介護の『生産性向上』を巡る論点と今後の展望」](#) を参照。

⁴ 医師の働き方改革の詳細については、2023 年 9 月 29 日拙稿 [「施行まで半年、医師の働き方改革は定着するのか」](#)、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」](#) も参照。

⁵ なお、B 水準では「連携 B 水準」という分類も作られており、主な勤務先の超過勤務時間が年 960 時間に収まるものの、副業・兼業先の労働時間を通算すると年 960 時間を超えてしまう医師が所属する医療機関が対象。C 水準についても、臨床研修医・専攻医が研修プログラムに沿って基礎的な技能や能力を習得する際に適用する「C—1 水準」、医師登録後の臨床従事 6 年目以降の医師の高度技能育成に必要な場合に適用する「C—2 水準」に分かれている。

一方、医師の働き方改革に関する診療報酬の見直しとしては、救急医療を担う医療機関の適切な労務管理などを支援するため、2020年度診療報酬改定で、「地域医療体制確保加算」（当時 520 点、1 点は原則 10 円）が創設された⁶。この加算を受け取れるのは年間救急搬送件数が 2,000 件以上の大規模な病院。2020 年度の時点で、引き上げられた消費税込を充当することが決まるなど、改定の柱の一つに位置付けられており、当時の担当幹部は「（筆者注：加算の）原資を活用して勤務環境を改善するという成果を出していただかなければなりません。それが、今後も診療報酬で対応を続けることができるのかどうかの分かれ道」⁷と期待感を示していた。その後、2022 年度改定で点数が 620 点に増額された⁸。

図表1：医師の働き方改革のイメージ



出典：厚生労働省資料を基に作成

注1：連携Bの場合、個々の医療機関における時間外・休日労働の上限は年960時間以下。

注2：C-2は医師の発意で計画を作成し、医療機関が審査組織に承認を要請。

2 | 加算を巡る攻防と決着

しかし、今回の改定に際して、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）に提出された資料では、当初の想定と逆の結果が示された。具体的には、同加算を算定している医療機関では、年 960 時間以上超過勤務した医師の割合が 2020 年の 5.2%から 2022 年に 5.8%と少し増えていた。

そこで、健康保険組合連合会（以下は健保連）が「加算の目的と効果のいずれの観点から見ても、このまま評価を継続する必要性は乏しく、廃止と言わざるを得ません」と主張⁹。これに対し、日医は「（筆者注：医師の超過勤務が増えた理由として）コロナ禍という影響は極めて大きかった」「これからまさに必要な加算」と反論した¹⁰。結局、地域医療体制確保加算は維持された一方、「2024 年度で 1,785 時間以下」「2025

⁶ 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。

⁷ 2020 年 8 月 31 日『週刊社会保障』No. 3085 における厚生労働省保険局の森光敬子前医療課長に対するインタビューを参照。

⁸ 2022 年度診療報酬改定のうち、医師の働き方改革の部分に関しては、2022 年 5 月 27 日拙稿「[2022 年度診療報酬改定を読み解く（下）](#)」を参照。

⁹ 2023 年 11 月 15 日中医協議事録における健保連の松本真人理事の発言。

¹⁰ 同上における日医常任理事の長島氏の発言。

年度で1,710時間以下」などの要件が定められた。

さらに、医師の働き方改革の関係では、医師の代行として診断書の文書作成などを担う「医師事務作業補助者」の加算も拡充された。このほか、[\(中\)](#)で見た通り、ICU（集中治療室）の機能を持つ医療機関に対する「特定集中治療室管理料」の要件が厳格となり、一部の加算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。これらの見直しを通じて、医師の働き方改革を診療報酬改定で誘導する傾向が強まりつつあると言える。

4——提供体制改革に関する改定(2)～新興感染症対策～

2024年度改定では新興感染症対策に関する医療・介護連携の強化も意識された。新型コロナウイルスへの対応では、介護施設におけるクラスター（感染者集団）防止などが大きな課題となり、2021年度介護報酬改定では、感染症対応などに関するBCP（事業継続計画）の策定が事業所に義務付けられた¹¹。

さらに、コロナ対応では発熱外来や病床の確保、医療機関同士の連携、自宅療養患者への在宅医療の確保なども課題となったことで、2022年臨時国会では感染症対応に関する予見可能性を高めるため、都道府県が医療機関と協定を事前に結ぶ「医療措置協定」が創設された¹²。

この仕組みは2024年度から施行されており、「病床確保」「発熱外来」「自宅療養者に対する医療提供」「後方支援」「人材派遣」に関して、都道府県が医療機関と協定を締結。医療機関が協定に沿った対応を実施しなかった場合、かかりつけ医との連携などを図る「地域支援病院」の指定取消などが可能になった。これと併せて、2024年度からスタートした都道府県の「医療計画」では、新興感染症対策を規定することが新たに義務付けられた¹³。

図表2：医療措置協定の進捗状況

	コロナ対応で確保した最大規模の体制を参考に、2023年3月の国の通知に盛り込まれた目安	都道府県の計画に記載されている目標値	2024年6月1日までに都道府県との協定締結が完了した数値（カッコ内は目安、都道府県目標から見た比率）
確保病床数	約5万1,000床	4万5,148床	3万6,918床 (72.3%、81.8%)
発熱外来	約4万2,000機関	4万1,228機関	2万2,276機関 (53.0%、54.0%)
自宅療養者などへの医療提供（医療機関）	約2万7,000機関	2万3,258機関	1万7,861機関 (66.1%、76.8%)
後方支援	約3,700機関	4,280機関	4,301機関 (100.5%、116.2%)
人材派遣（派遣可能な医師数）	2,100人	3,027人	3,154人 (150.2%、104.2%)

一方、医療措置協定については、都道府県と医療機関の間で調整が続いており、2024年6月1日現在の集計では、図表2の通り、後方支援や人材派遣では100%を超えて

出典：厚生労働省資料を基に作成

注：流行初期の対応では確保病床数で25,128床、発熱外来では19,045機関が締結済み。

¹¹ 2021年度介護報酬改定に関しては、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。

¹² 2022年臨時国会で成立した改正感染症法の内容などに関しては、2022年12月27日拙稿「[コロナ禍を受けた改正感染症法はどこまで機能するか](#)」を参照。

¹³ 医療計画は6年周期で改定されており、2024年度から始まった新しい計画では、従来の5疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患）と5事業（救急、災害、へき地、周産期、小児救急を含む小児）、在宅医療に加えて、新興感染症対策が追加された。さらに、同時期に改定された「予防計画」との整合性も意識された。この時の法改正については、2021年7月6日拙稿「[コロナ禍で成立した改正医療法で何が変わるか](#)」を参照。

いる。しかし、病床確保や発熱外来、自宅療養者などへの医療提供では、目標に届いていない。

こうした状況の下、2024 年度報酬改定では、都道府県を中心とする上記の仕組みを下支えするような内容が盛り込まれた。具体的には、特別養護老人ホーム（以下は特養）や有料老人ホームが医療措置協定の締結医療機関と連携体制を構築した場合などを対象に「高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）」（1 カ月当たり 10 単位、1 単位は原則 10 円）を受け取れる制度改正が介護報酬改定で講じられた。

さらに、感染者が発生した場合に備え、診療報酬の「感染対策向上加算」を届けている医療機関から 3 年に 1 回以上、感染制御などについて実地指導を受けている場合に取得できる「高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ）」（1 カ月 5 単位）も創設された。

現実的な問題として、1 カ月 50～100 円の加算を受け取るため、どこまで介護事業所が積極的になるか疑問だが、感染症への対応を強化する一環として、介護施設も連携対象に関わって欲しいという国の意図を見て取れる。

このほか、将来的な新興感染症への対応として、感染した高齢者を施設内で療養するための体制整備を促す「新興感染症等施設療養費」（1 日 240 単位）も介護報酬改定で創設された。これはパンデミック（大規模感染症）の拡大時に医療逼迫を防ぐ狙いがある。

同じく診療報酬サイドでも「感染対策向上加算」「外来感染対策向上加算」の要件の一つに、都道府県との医療措置協定締結が位置付けられた。後者では「受診歴の有無に関わらず、発熱その他感染症を疑わせるような症状を呈する患者の受入れを行う旨を公表し、受入れを行うために必要な感染防止対策として発熱患者の動線を分ける等の対応を行う体制を有している」「回復した患者の罹患後症状が持続している場合に、必要に応じて精密検査が可能な体制または専門医への紹介が可能な連携体制があることが望ましい」といった要件も追加された。このほか、受診歴の有無とは関係なく、発熱患者などを受け入れる体制を有した上で、実際に対応した場合の加算として、「発熱患者等対応加算」（1 カ月限度に 20 点）が新たに設定された。

さらに、感染管理が特に重要な感染症の患者に対して、入院医療を提供した場合の加算として、「特定感染症入院医療管理加算」（治療室は 200 点、それ以外は 100 点）も新設された。

5——提供体制改革に関する改定(3)～医療 DX～

1 | マイナ保険証に関する改定

第 3 に、医療 DX の関係として、いわゆる「マイナンバー保険証」（いわゆるマイナ保険証）の推進に関する改定が挙げられる。政府はマイナンバーカードと健康保険証を一体化させることで、患者の保険資格を簡単に確認できる「オンライン資格確認」を医療 DX の柱として重視している。2024 年 12 月以降には新たな健康保険証の発行が停止され、健康保険証とマイナンバーカードの一元化が図られる予定だ。この方針について、全体として日医も反対しておらず、2024 年 2 月には都道府県医師会や郡市区医師会に対して、マイナ保険証の利用促進を周知する依頼文が示されている。

ここで、注目されるのはマイナ保険証に関する診療報酬の変転ぶりである。少しだけ過去の経過を整理すると、2022 年度診療報酬改定ではテコ入れ策として、「電子的保健医療情報活用加算」が創設され、オンライン資格確認システムを通じて患者の薬剤情報などを取得した上で診療した場合、初診は 7 点、再診と外来診療は 4 点の加算を取得できるようになった。

しかし、診療報酬で加算を設けた場合、費用の一定額は患者負担として必ず跳ね返る。このため、電子的保健医療情報活用加算はわずか半年で廃止され、2022 年 10 月から「医療情報・システム基盤整備体制充実加算」に改組された。具体的には、施設基準を満たす医療機関で初診が提供された場合の「医療情報・システム基盤整備体制充実加算 1」として 4 点、その医療機関でオンライン資格確認を通じて診療情報が取得された場合に 2 点を取得できる加算として、「医療情報・システム基盤整備体制充実加算 2」という仕組みに変わった。

これが 2024 年度改定を経て、「医療情報取得加算」という名前に変わるとともに、加算の点数も初診と再診料で細分化された。つまり、施設基準を満たす医療機関で初診が提供された場合には「医療情報取得加算 1」として 3 点、オンライン資格確認で情報を取得した場合は「医療情報取得加算 2」として 1 点、再診の場合は「医療情報取得加算 3」として 2 点、オンライン資格確認で情報を得た際には「医療情報取得加算 4」として 1 点という仕組みになった。

さらに、オンライン資格確認で取得した情報を活用できる体制を整備する医療機関に対する「医療 DX 推進体制整備加算」(8 点)、「在宅医療 DX 情報活用加算 (10 点)」なども創設され、2024 年 6 月からスタートした。

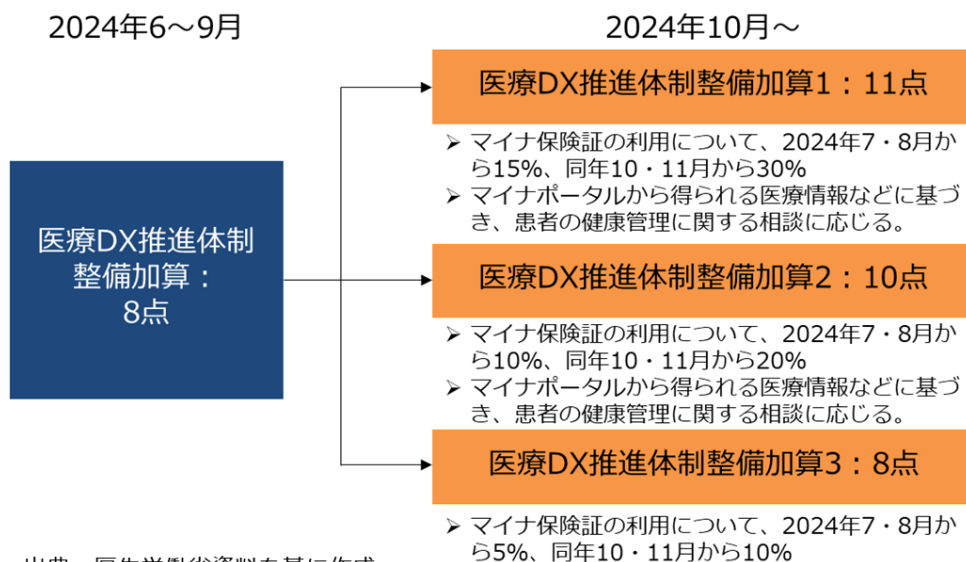
この加算ではオンライン資格確認が可能な機器を備えることが求められるほか、調剤に使われている書類を電子化した「電子処方箋」、健診情報などをやり取りできる「電子カルテ情報共有サービス」の利用なども要件となっている。いずれも医療 DX を実現するため、マイナ保険証の次の一手として期待されているツールである。

その後、2024 年 7 月の中医協で改めて加算の取り扱いが議論され、医療 DX 推進体制整備加算の再編が決まった。具体的には、これまで初診時で医科は一律 8 点だったが、2024 年 10 月以降の報酬体系では図表 3 の通り、マイナ保険証の利用実績に応じて、11 点、10 点、8 点の 3 種類に細分化された。つまり、医療 DX

推進体制整備加算は半年も経たないうちに改組されたことになる。

さらに、医療情報取得加算も短期間で見直されることになった。この加算を巡って、健保連など支払側は中医協の席上、「健康保険証の新規発行が終了し、マイナ保険証利用がある意味当たり前となります。そ

図表3：マイナ保険証の加算見直しのイメージ



出典：厚生労働省資料を基に作成

の場合、医療情報取得加算を継続する必要性は乏しい」として早期の見直しを要望¹⁴。これに対し、診療側は「この加算の趣旨は、標準的な問診票を使用することなどを通じて、質の高い医療を提供する点にあることをないがしろにすべきではない」「この趣旨はそのままですので、この加算を廃止することはあり得ない」と反論¹⁵し、意見が割れていた。

結局、点数の引き下げで決着し、それまで細分化されていた加算が 2024 年 12 月から「医療情報取得加算」に一本化され、初診時も再診時も 1 点となった。医療情報取得加算についても、医療 DX 推進体制整備加算と同様、僅か半年程度で新たな体系に移行することになる。

これほど短期間でマイナ保険証の仕組みが変転を繰り返している背景として、厚生労働省が医療 DX の切り札としてマイナ保険証に大きな期待を寄せている点に加えて、想定よりも現場に浸透していないことに対する危機感の表れと考えることもできる。

2 | オンライン診療に関する改定

このほか、医師がパソコン上などで患者を診察するオンライン診療に関する報酬でも見直しが入った。ここで、簡単にオンライン診療に関わる経過¹⁶を振り返ると、2018 年度診療報酬改定で初めて本格的に保険診療の対象になったが、その時には初診を対面で診察した患者に限定する「初診対面原則」が採用されていた。

しかし、オンライン診療が新型コロナ対策として関心を集めると、初診対面原則の見直し論議が政治主導で浮上。2020 年 4 月からコロナ対応に限って同原則が特例的に撤廃されたほか、2022 年度改定で通常の診療でも廃止された（いわゆる特例の恒久化）。

さらにオンライン診療を受けられる場所についても、規制改革の文脈で拡大策が論点になり、累次の見直しを経て、患者が長時間に渡って滞在するデイサービス事業所とか、公民館など自治体が認定した施設なども対象に加えられた。

2024 年度改定では、僻地医療での医療アクセスを確保するため、患者が看護師などと同席しているオンライン診療に関して、外来診療科と再診料に上乘せる「看護師等遠隔診療補助加算」（50 点）が新設された。これは一般的に D to P with N (Doctor to Patient with Nurse) と呼ばれる手法であり、医療資源の不足に悩む地域にとっては、医療アクセスを確保する上で重要なツールになる可能性がある。

6——提供体制改革に関する改定(4)～医療と障害の連携～

多職種・多機関連携を促す見直しも多く講じられた。その一つとして、[\(中\)](#)で触れた通り、今回の改定は 2 年に 1 回の診療報酬本体と、3 年サイクルの介護・障害報酬の見直しが重なったため、医療と介護、障害が重なる領域が論点になった。

このうち、医療と障害の連携では、医療的ケア児の支援が焦点となった。ここで言う医療的ケア児とは、NICU（新生児特定集中治療室）などに長期入院した後、引き続き人工呼吸器などを使用し、たんの吸引や

¹⁴ 2024 年 7 月 3 日、中医協議事録における健保連理事の松本氏の発言。

¹⁵ 同上における日医常任理事の長島氏の発言。

¹⁶ 初診対面原則の見直し論議を含めたオンライン診療の経緯に関しては、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](#)」を参照。コロナ禍での議論については、2020 年 6 月 5 日拙稿「[オンライン診療を巡る議論を問いただす](#)」を参照。

経管栄養などの医療的ケアが日常的に必要な児童を指す。こども家庭庁の試算によると、その数は全国で約2万人に及び、支援に関する国や自治体の責務などを定めた「医療的ケア児支援法」が2021年6月に成立した。現在は国・自治体による情報提供の強化とか、受け入れ環境や施設の整備、多職種・多機関連携の促進などが図られており、2021年度障害福祉サービス報酬改定でも、医療的ケア児に対する報酬が新たに設定された。2022年度診療報酬改定でも、医療的ケア児が学校に安心して通えるようにするため、医師が診療情報を保育所や児童相談所などに提供した場合、「診療情報提供料Ⅰ」という加算を受けられるようになった¹⁷。

しかし、受け入れ態勢が不十分な点などが課題として指摘されている。さらに、高齢者の在宅医療と比べると、関係する機関・職種が医療、児童福祉、障害福祉、教育などにまたがる上、子どもの成長とともに関係する支援機関や職種が変容する難しさもある。近年は18歳以上に成長した医療的ケア児を「医療的ケア者」、あるいは医療的ケア児と総称して「医療的ケア児（者）」と表記されることが多い。

こうした状況の下、トリプル改定では医療と障害の連携を含めて、医療的ケア児（者）の支援に関して、テコ入れ策が講じられた。具体的には、比較的重度の医療的ケア児が入院する際、在宅生活からの連続性を確保するため、医師や看護師が事前に自宅を訪ね、患者の状態や人工呼吸器の設定などケア状態を把握したケースを評価する加算として、「医療的ケア児（者）入院前支援加算」（1,000点）が診療報酬で創設された。

さらに、医療的ケア児の成人期移行を意識した体制整備として、障害福祉サービスの報酬が見直された。例えば、障害支援施設で入浴や食事などを提供する生活介護では新設項目として、▽医療的ケアが必要な人への入浴支援を実施した場合の加算として、「入浴支援加算」（1日当たり80単位、1単位は原則10円、以下は同じ）、▽認定を受けた従事者が痰の吸引を実施した場合の「喀痰吸引等実施加算」（1日当たり30単位）、▽医療的ケアを要する人の通院を支援した障害者支援施設を対象とした「通院支援加算」（1日当たり17単位）、▽医療的短期入所サービス事業所が利用前から利用者の自宅などを事前に訪問してケアの方法などを確認した場合に受け取れる「医療型短期入所受入前支援加算」（1日当たり1,000単位）——などが盛り込まれた。

このほか、医療と障害の連携では、入退院に関する施設間連携を促す「入退院支援加算」の対象である「退院困難な要因を有している患者」に、「特別なコミュニケーション支援を要する者及び強度行動障害の状態の者」などが追加された。医療機関と本人、家族、障害福祉サービス事業所による入院前の事前調整を円滑に進める観点に立ち、こうした調整に関わる加算として、「入院事前調整加算（200点）」も新設された。入院患者を受け入れる有床診療所向けの「介護連携加算」でも「介護障害連携加算」に改称されるとともに、算定要件の対象者に「重度の肢体不自由児（者）」が加わった。

身近な病気やケガに対応する「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」でも医療と障害の連携が意識された。いずれも元々、高血圧や糖尿病など慢性疾患の高齢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であり、[\(中\)](#) で見た通り、2024年度改定では、医療と介護の連携を強化する観点に立ち、介護保険のサービス調整などを担うケアマネジャー（介護支援専門員）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た。

¹⁷ 医療的ケア児に関する2022年度診療報酬改定については、2022年5月16日 [「2022年度診療報酬改定を読み解く（上）」](#) を参照。

これと平仄を合わせるような形で、地域包括診療科と地域包括診療加算の要件として、障害福祉の支援計画を作る相談支援専門員との連携も加えられた。要するに、障害者の日常を支える外来医療の分野でも、医療機関と障害福祉事業所の連携が意識されたわけだ、以上を踏まえると、様々な場面で医療と障害の連携が意識された様子を読み取れる。

7——提供体制改革に関する改定(5)～ヤングケアラー、重層的支援体制整備など～

1 | 居宅介護支援事業所に関する改定

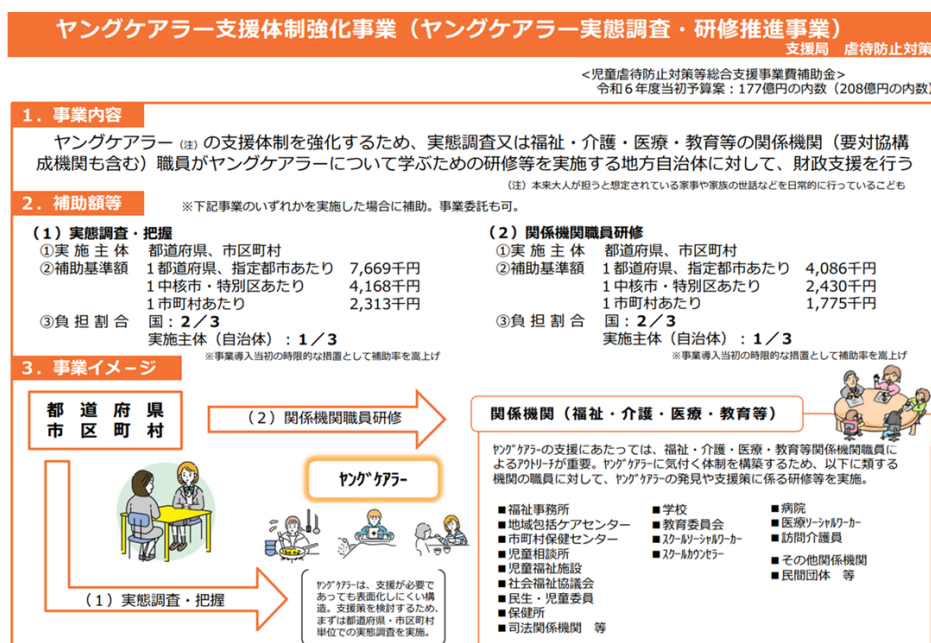
このほかの提供体制改革に関わる改定として、ケアマネジャーが勤める居宅介護支援事業所に対する見直しが注目される。具体的には、質の高いケアマネジメントを提供する事業所を評価する「特定事業所加算」の要件に、「家族に対する介護等を日常的に行っている児童、障害者、生活困窮者、難病患者等の高齢者以外の対象者への支援に関する知識等に関する事例検討会、研修等に参加していること」が追加された点である。

この要件のうち、「家族に対する介護等を日常的に行っている児童」という部分については、両親や兄弟姉妹の面倒を過度に見ている子ども、いわゆる「ヤングケアラー」を意味する。ここで言うヤングケアラーとは明確な定義や線引きが存在するわけではないが、こども家庭庁のウェブサイト¹⁸では、「本来大人が担うと想定されている家事や家族の世話などを日常的に行っているこども」と説明されている。

その上で、同庁ウェブサイトでは、ケアラー支援連盟が作成したイラストを使いつつ、「障害や病気のある家族に代わり、買い物・料理・掃除・洗濯などの家事をしている」「家族に代わり、幼いきょうだいの世話をしている」などが例示されている。

こうした子どもたちの存在に対する関心¹⁹が数年で急速に高まっており、近年の動きとしては、今年の通常国会で子ども・若者育成支援推進法が改正され、「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

図表4：ヤングケアラー支援に関わる事業の資料



出典：こども家庭庁資料から抜粋

¹⁸ こども家庭庁ウェブサイト「ヤングケアラー」を参照。

<https://www.cfa.go.jp/policies/young-carer>

¹⁹ ここではヤングケアラーに関わる経緯を詳しく述べないが、毎日新聞の調査報道が契機となり、国や自治体で議論が加速した。詳細については、毎日新聞取材班編（2021）『ヤングケアラー』毎日新聞出版を参照。さらに、内尾彰宏ほか編著（2023）『自治体のヤングケアラー支援』第一法規、村上靖彦（2022）『「ヤングケアラー」とは誰か』朝日選書に加えて、先駆的な書籍として、渋谷智子（2018）『ヤングケアラー』中公新書も参照。

る子ども・若者」が支援対象として明記された。さらに、同法に基づいて関係機関が参画している「子ども・若者支援地域協議会」と、虐待を受けている児童などを保護するためのネットワーク組織である「要保護児童対策地域協議会」が連携しつつ、ヤングケアラーを各地域で支援する方針も決まった。2022 年度診療報酬改定でも、入退院支援加算の要件を変更することで、ヤングケアラーに対する配慮が講じられた²⁰。

しかし、ヤングケアラーの支援は手探りの状態が続いている。そもそもの問題として、ヤングケアラーの支援に際しては、医療、介護・福祉、教育、司法など幅広い専門職や支援機関が連携する必要がある、しかも児童生徒や若者の成長に合わせる形で、支援の内容も変更する必要がある。その意味では医療的ケア児と共通した難しさがある。

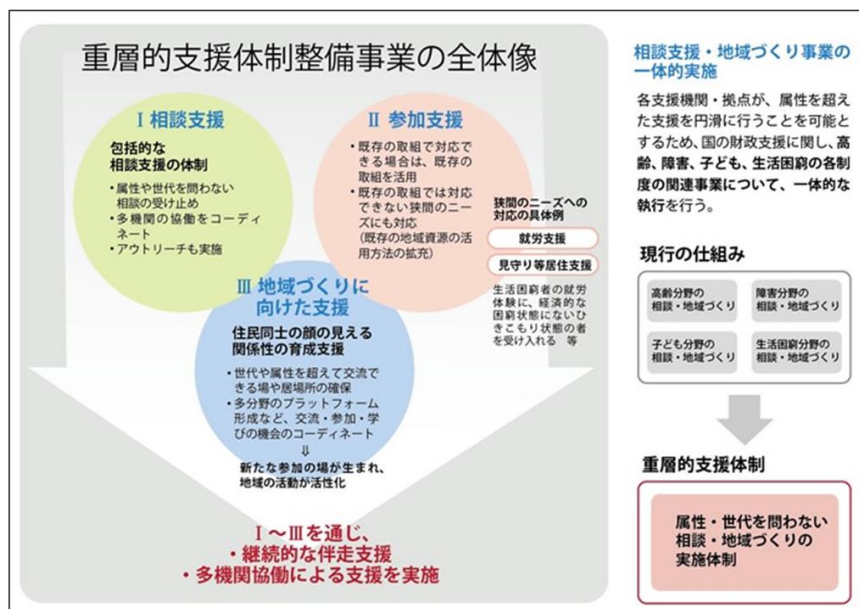
実際、こども家庭庁が作成したヤングケアラーのコーディネーターに関わる予算説明資料では、図表 4 の通り、様々な専門職や専門機関が支援に関わる必要が示されており、幅広い専門職や支援機関が関わる可能性を理解できる。こうしたネットワークにケアマネジャーも参画することが期待されたとと言える。

さらに、特定事業所加算に加えられた要件のうち、「障害者、生活困窮者、難病患者等」も重要な内容を含んでいる。これは分野・属性を問わず、相談支援や地域の支え合いづくりなど取り組む「重層的支援体制整備事業」という事業が絡んでいる。

ここで言う重層的支援体制整備事業では、図表 5 の通り、「属性や世代を問わない相談支援」「参加支援」「地域づくりに向けた支援」の 3 つを通じて、継続的支援や多機関連携・多機関協働を強化することが意識されている²¹。

例えば、80 歳代の元気な高齢者と 50 歳代の引きこもりなど、これまでは「制度の狭間」で見落とされていた人達への支援を強化するため、相談体制の強化や地域のネットワーク

図表5：重層的支援体制整備事業のイメージ



づくり、ネットワークへの参加支援などが重視されている。この事業は2021年度から市町村で段階的に実施されており、今回の改正では、生活困窮者支援などの場にケアマネジャーの出席を促すことで、重層的支援体制支援整備事業への関与が期待されたとと言える。

言い換えると、ケアマネジャーの役割は一般的にケアプラン（介護サービス計画）作成とか、介護保険

²⁰ ヤングケアラーに関する2022年度診療報酬改定については、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。

²¹ 重層的支援体制整備事業については、宮本太郎ほか編著（2023）『生活困窮者自立支援から地域共生社会へ』全国社会福祉協議会、永田祐（2021）『包括的な支援体制のガバナンス』有斐閣、鏑木奈津子（2020）『詳説 生活困窮者自立支援制度と地域共生』中央法規出版のほか、三菱UFJリサーチ&コンサルティング（2023）「重層的支援体制整備事業を検討することになった人に向けたガイドブック 重層的支援体制整備事業を始めてみたけどなんだかうまくいかない人に向けたガイドブック」、同（2021）「重層的支援体制整備事業に関わることになった人に向けたガイドブック」（全て社会福祉推進事業）を参照。

のサービス調整と理解されているが、これらの役割にとどまらない幅広い領域との連携を意識するように求められた形だ。より具体的に言えば、「個を地域で支える援助と、個を支える地域を作る援助を一体的に推進する手法」²²と理解されているソーシャルワークの担い手として、ケアマネジャーが関与する必要性が意識されたと言える。

2 | 地域包括支援センターの負担軽減策

ヤングケアラーや重層的支援体制整備事業の関係では、地域包括支援センターの負担軽減策にも言及する必要がある。地域包括支援センターは主に中学校区単位で設立されている介護の相談窓口として、相談対応や軽度者向けケアマネジメント（介護予防支援）などに当たっている。

さらに、近年は既述した重層的支援体制整備事業への対応とか、仕事と介護の両立支援、ケアラーに対する支援、地域の支え合いづくりなどでも主体的な役割が期待されている。例えば、2022 年 12 月の社会保障審議会（厚生労働相の諮問機関）介護保険部会の意見書では、「地域住民の複雑化・複合化した支援ニーズに対応するため、重層的支援体制整備事業において、介護分野に限らず、障害分野、児童分野、困窮分野も含めた、属性や世代を問わない包括的な相談支援等を行うことなども期待されている」といった期待感が示された²³。

一方、地域包括支援センターの業務負担が増大している²⁴ため、負担を軽減する観点に立ち、介護保険部会意見書では居宅介護支援事業所に対し、軽度な要支援者のケアマネジメント（介護予防支援）の業務委託を可能とする制度改正の必要性が言及された。その後、2024 年度介護報酬改定では、居宅介護支援事業所に委託した場合の報酬単価やルールが定められた。

しかし、現場のケアマネジャーの話を総合すると、委託した場合の報酬単価（472 単位）が高くないと受け止めており、今回の制度改正がどこまで有効か疑問である。支援を要するケースが困難化・複雑化する中、最前線を担う地域包括支援センターの負担軽減は決して容易ではないが、3 年後の制度改正・報酬改定でも同様の論点が浮上しそうだ。

併せて、困難化・複雑化するケースに対応する上では、重層的支援体制整備を含む多機関・多職種連携についても重要な論点になる可能性が高い。その一つの証左として、2023 年 12 月に閣議決定された「全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋（改革工程）」では、困難化・複雑化するケースに対応するため、「一人の人材が複数の分野にわたる専門的知識を習得できるような工夫の検討」という文言が盛り込まれた²⁵。分かりやすく言うと、1 人の専門職が多職種・多機関連携に似た機能を担うことに対する期待感が示されているわけだ。

筆者自身、日常業務に追われる専門職がどこまで複数の資格を持てるのか、疑問に感じる面もあるが、

²² ソーシャルワークの考え方や事例に関しては、岩間伸之ほか（2019）『地域を基盤としたソーシャルワーク』中央法規出版を参照。

²³ 介護保険部会意見書の内容については、2023 年 1 月 12 日拙稿「[次期介護保険制度改正に向けた審議会意見を読み解く](#)」を参照。

²⁴ 地域包括支援センターの業務過多に関しては、三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング（2023）「地域包括支援センターの事業評価を通じた取組改善と評価指標のあり方に関する調査研究報告書」、NTT データ経営研究所（2022）「地域包括支援センターにおける業務負担軽減に向けた取組に関する調査報告書」（いずれも老人保健健康増進等事業）などを参照。

²⁵ 改革工程の意味合いや内容などについては、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。

困難化・複雑化するケースに対応する上では、複数の専門資格による多角的な支援が必要になることは間違いない。このため、現場レベルで多職種・多機関連携を積み上げることが求められるほか、国や自治体によるバックアップが重要になる。さらに、連携に関わる加算など報酬面での手当も引き続き論点の一つになる可能性が高い。

一方、トリプル改定では給付適正化に関わる見直しが幾つか講じられた。以下、(1) 薬剤費に関する新たな患者負担の導入、(2) 介護施設の居住費見直し、(3) サービス付き高齢者向け住宅の介護報酬見直し、(4) 障害福祉報酬の見直し——の4つを取り上げる。

8——給付適正化に関わる改定

1 | 薬剤費に関する新たな患者負担の導入

まず、2024年10月から始まる薬剤費に関する新たな患者負担である。この見直しでは、後発医薬品（いわゆるジェネリック）が普及している先発医薬品（いわゆる長期収載品）を対象に、保険給付の範囲が圧縮される一方、その代わりに患者負担が増えることになった。

具体的には、医学的な必要性が低いのに、医薬品の上市后5年経過または後発医薬品の置き換えが50%以上となった長期収載品を使った場合、保険給付の範囲が縮小され、後発医薬品の最高価格帯との差の4分の3に限定される代わりに、患者から「特別の料金」を追加的に徴収することになった。これは保険給付の範囲縮小であり、結果的に国・自治体の公費（税金）と保険料が軽減されることになる。

さらに、この見直しは製薬業界におけるイノベーションを促す狙いも込められており、2023年6月に公表された「医薬品の迅速・安定供給実現に向けた総合対策に関する有識者検討会」の報告書では、製薬企業が長期収載品に収益を頼っている現状を脱却する必要性が示されていた。

新しい制度の対象となるのは1,095品目。例えば、長期収載品が200円、後発医薬品100円の場合、差額100円の4分の3までが保険給付の対象となり、残りが「特別の料金」として通常の患者負担に上乗せされる形となった。

この関係では調剤報酬のうち、「特定薬剤管理指導加算3」（5点）という類型も見直された。これは薬剤師による服薬指導に際して、「特に患者に対して重点的に丁寧な説明が必要となる場合」を評価する仕組み。今回の改定では、リスクの高い薬の安全性に関する情報提供に加えて、選定療養の対象となる長期収載品を選択しようとする患者への説明も加算の対象に位置付けられた。

ただ、非常に複雑な仕組みであり、今後は現場での混乱を回避するため、処方箋を出す医師が患者に対して丁寧に説明することが求められる。さらに、薬局でも調剤に際して、薬剤師が患者に同意と納得を得るための説明が重要になる。

制度面での注目点としては、「選定療養」の仕組みが用いられた点を指摘できる。選定療養とは、患者が追加費用を負担すれば、保険適用外の治療やサービスを保険適用分と一緒に受けることができる仕組み。本来であれば、保険適用分と保険適用外を組み合わせる「混合診療」は禁止されているのに対し、選定療養は例外的な存在と言える。これまでも差額ベッドなどが位置付けられており、近年は

紹介状なし大病院受診の追加負担²⁶も選定療養として整理されている。

今回、導入された仕組みのうち、長期収載品と後発医薬品の価格差のうち、4分の1に相当する部分は選定療養に位置付けられており、後発医薬品の拡大に向けて、選定療養の対象が広がられたことになる。今後は「4分の1」とされている比率が引き上げられる可能性が想定される。

しかも、2024年6月に決まった「骨太方針（経済財政運営と改革の基本方針）」では、「イノベーションの進展を踏まえた医療や医薬品を早期に活用できるよう民間保険の活用も含めた保険外併用療養費制度の在り方の検討を進める」といった文言も盛り込まれており、今後も医療イノベーションの促進や保険財政の効率化などを企図するため、同様の仕組みが拡大することも想定される。

2 | 介護施設の居住費見直し

介護保険関係の給付適正化では、施設系サービスの多床室（いわゆる相部屋）に関する室料に関して、利用者負担が増えた。元々、介護老人保健施設（以下は老健）、介護医療院の多床室に関して、室料負担が徴収されていなかった。このため、多床室の室料を徴収している特養に比べて、利用者負担が低くなっているとして、財務省が室料相当額の徴収を求めている。

しかし、老健や介護医療院では医学的なニーズの高い入居者に対して医療も提供されているため、2022年12月の介護保険部会意見では賛否両論を挙げつつ、「介護給付費分科会において介護報酬の設定等も含めた検討を行い、次期計画に向けて、結論を得る必要がある」と規定された。つまり、2024年度介護報酬改定での設定も視野に入れつつ、結論が先送りされた形だった。

結局、2024年4月から始まった介護報酬改定では、特養と同様に「生活の場」に近い施設類型について、月額8,000円の室料負担を取ることが決まった。具体的には、老健の「その他型」「療養型」と、介護医療院のうち、状態が安定した高齢者を受け入れる「Ⅱ型」で負担増の対象となった。

しかし、財務省は2024年4月の財政制度等審議会（財務相の諮問機関、以下は財政審）で、室料負担を徴収する対象は老健で約6%、介護医療院で約32%にとどまるとして、さらなる負担増を求めており、2027年度にも実施される次期制度改正に向けた見直し論議でも引き続き焦点になりそうだ。

3 | サービス付き高齢者向け住宅の介護報酬見直し

給付抑制の関係では、高齢者向け住宅などに入居する高齢者に対し、過剰な介護サービスを提供する問題（いわゆる「囲い込み」問題）にも見直しのメスが入った。

元々、この話が顕在化し始めた端緒は高齢者向け賃貸住宅として、「サービス付き高齢者向け住宅」が2011年度に創設される辺りに遡る。サービス付き高齢者向け住宅の場合、サービスと住まいの機能は制度上、分離されるため、提供される医療や介護サービスは訪問診療や訪問介護の扱いになる。

²⁶ 紹介状なし大病院受診に関する追加負担に関しては、「診療所や中小病院＝日常的な病気やケガ」「大病院＝高度な手術や検査を要する病気」といった医療機関の役割分担を明確にするため、2016年度診療報酬改定で導入された。その後、追加負担の金額が2022年10月以降、5,000円から7,000円に引き上げられたほか、追加負担を徴収される「大病院」の定義も少しずつ拡大され、現在は200床以上病院が対象となっている。さらに、都道府県を中心とする地域の合意形成を経ると、200床未満の地域医療支援病院（かかりつけ医などを支援する医療機関）も対象に加えられた。さらに、地域の判断では追加負担を取る医療機関を増やすことが可能となり、この場合は「紹介受診重点医療機関」に位置付けられることになった。一連の制度改正の経緯や論点については、2022年10月25日拙稿「[紹介状なし大病院受診追加負担の狙いと今後の論点を考える](#)」を参照。

一方、訪問診療や訪問介護では、移動時間を少なくすると、収益性が上がる。そこで、一部の事業者が生活保護の人などを入居させ、系列事業者による医療・介護サービスを過剰に提供する事案が指摘されるようになった。

そこで、2012 年度報酬改定では、同じ建物に住む高齢者に対する訪問診療と訪問介護に関する減算ルール（いわゆる「同一建物」ルール）がスタートした。2014 年度診療報酬改定でも「患者紹介ビジネス横行」「施設の高齢者を訪問診療」「医師、報酬の一部を業者へ」という見出しで、高齢者を囲い込んで荒稼ぎしている実態が報じられた²⁷ことが一つの引き金となり、「同一建物」に住む高齢者への訪問診療の規制が強化されるとともに、診療報酬点数も最大で 4 分の 1 に引き下げられた。その後も同一建物の減算ルールは改定の度に見直されている。

さらに、上記で挙げた報酬上の適正化策に加えて、国の委託調査²⁸を通じて、▽利用者個々の意向や課題が考慮されていない、▽利用者の意向や状態を考慮せず、過剰なサービスが提供されている、▽本人が希望するサービスや客観的に必要性の高いサービスが組み込まれていない、▽住まいと同一法人のサービスを利用者に求めており、事業所選択の権利が侵害されている、▽ケアプランの見直しが法定のタイミング以外、ほとんど行われていない——といった形でパターン化された。

このほか、不適切な事例を見分けるチェックポイントなどを記載した冊子が住宅運営事業者やケアマネジャー、利用者向けに作られているほか、自治体職員やケアマネジャー向けのケアプランを点検するためのガイドブックや各種研修も実施されている²⁹。

こうした経緯を踏まえつつ、2024 年度介護報酬改定では、いわゆる「同一建物」ルールが強化された。具体的には、ケアマネジメントを提供する居宅介護支援事業所でも減算ルールが創設され、同一建物で 1 カ月当たり 20 人以上のケアマネジメントを担当した場合、単位数を 5%削減する措置が作られた。訪問介護についても、これまでは（1）同一建物 49 人以上は 10%減算、（2）同一建物 50 人以上は 15%減算、（3）（1）以外で同一建物 20 人以上は 10%減算——という区分だったが、利用者のうち、9 割以上が同一建物に居住する者への提供である場合などでは 12%減算する措置が設けられた。

しかし、いわゆる「囲い込み」を規制するのは非常に難しい。第 1 に、どんなに制度で規制しようとしても、現場は制度の「抜け穴」を探す可能性がある。

例えば、同一建物のルールが導入された当初には、道路を挟んだ反対の敷地など近隣に事業所を移したり、渡り廊下を外したりするケースが報告されていた³⁰。このため、どんなに精緻に制度を作っても、「抜け穴」を探す動きは止められず、むしろ制度が複雑化することで、良質な事業者の事務作業が増えたり、国民から見た制度の全体像が分かりにくくなったりするリスクがある。

²⁷ 2013 年 8 月 25 日『朝日新聞』を参照。

²⁸ 日本総合研究所（2022）「サービス付き高齢者向け住宅等における適正なケアプラン作成に向けた調査研究」（老人保健健康増進等事業）を参照。

²⁹ 例えば、日本総合研究所（2024）「高齢者向け住まい等における効果的なケアプラン点検推進のためのヒント」、同（2022）「住宅型有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅におけるケアマネジメントの考え方」に加えて、同（2024）「高齢者向け住まい等における適切なケアプラン作成に向けた調査研究報告書」、同（2023）「高齢者向け住まい等における適切なケアプラン作成に向けた調査研究報告書」、同（2022）「サービス付き高齢者向け住宅等における適正なケアプラン作成に向けた調査研究報告書」（老人保健健康増進等事業）を参照。

³⁰ 日本総合研究所（2013）「集合住宅における訪問系サービス等の評価のあり方に関する調査研究報告書」（老人保健健康増進等事業）を参照。これは東日本大震災に被災した 3 県を除く 44 都道府県に対する調査であり、報酬改定から半年が経過した 2012 年 9～10 月の時点で、減算措置を回避する事業者の存在を把握している都道府県は 32.6%に上った。

第2に、「質」を測定しにくい面である。ケアの質の評価では、▽「どうやってケアを提供したか」という点を重視する「プロセス」、▽「何人の専門職でケアを提供したか」などを評価する「ストラクチャー」、▽「どんな成果が出たか」をチェックする「アウトカム」——の3つで評価されることが多い（一般的に「ドナベディアンモデル」と呼ばれる）が、質を数字で測定しにくい暮らしに関わる分、訪問診療や介護のアウトカムについては、定量的な把握が困難である。

そこで、ストラクチャーやプロセスの面で「囲い込み」と呼ばれるケースを見ると、需要を誘発するため、住宅を運営する事業者と、医療・介護サービスを提供する事業者が繋がっている点が特徴である。これに対し、好事例とされる事業者では、サービス付き高齢者向け住宅を運営する事業者は医療機関や介護事業所と信頼関係を築きつつ、サービスを包括的に提供している。

ここで、両者をストラクチャーやプロセスを外見で比較すると、「住宅事業者と医療・介護サービス事業者の連携」という点で表面上、共通している。このため、医療と介護、住まいを一体化させた「包括ケア」を提供している良質な事業者なのか、住宅と医療・介護の事業者が「結託」して高齢者を囲い込んでいるのか、外見だけで判断することが難しく、後者だけを診療報酬や介護報酬で区分けすることが困難である。その結果、「同一建物」という画一的な規制に頼らざるを得ない面がある。

第3に、国や自治体による介入的な規制が困難な点である。まず、介護保険給付の面で見ると、高齢者住宅に関わるケアマネジメントに限らず、市町村がケアプランを点検する仕組みが整備されているが、介護保険給付には利用者の権利性を伴うため、市町村がケアマネジメントやケアプランの内容の細部に立ち入るのは制度上、困難である。

さらに、サービス付き高齢者向け住宅についても、登録の要件を緩く設定していることで、民間企業の参入を幅広く受け入れる前提になっている。このため、ケアの内容や職員の意識・行動を自発的に変えてもらうことが求められる³¹が、それには一定程度の時間を要するし、最初から悪意を持った「囲い込み」事例の改善は期待しにくい。その結果、報酬による画一的な規制に頼らざるを得ない事情がある。

第4に、サービス付き高齢者向け住宅の登録と介護事業所の指定に関する権限は都道府県、介護保険の運営責任は市町村であり、現場で分断が起きやすい点も考慮する必要がある。分かりやすく言うと、「現場で誰が主体的に判断するのか」という難しさがある。

こうした制約条件の下、診療報酬や介護報酬の改定に際して、「同一建物」の報酬が少しずつ画一的に見直されてきた形だ。

しかし、財務省は2024年4月の財政審で、サービス付き高齢者向け住宅に入居する高齢者の区分支給限度基準額（以下は限度額）を実質的に引き下げることで、囲い込み問題に対応する必要があると問題提起した。この考え方について、財務省の担当幹部は専門誌のインタビューに対し、「（筆者注：財政審での議論は）より根本的な対応をしていくべきという指摘」と説明している³²。

つまり、今までの対応では何らかの要件を設定した上で、訪問系サービスの報酬を引き下げることにより力が置かれていたが、制度の「抜け穴」を探す動きを全て封じ込めないため、「根本的な解決策」として、

³¹ 職員の意識にまで踏み込んだ調査研究として、松本望（2023）「サービス付き高齢者向け住宅における不適切なケア等の実態と意識の現状」『厚生指針』第70巻11号、日本総合研究所（2022）「サービス付き高齢者向け住宅等における適正なケアプラン作成に向けた調査研究報告書」（老人保健健康増進等事業）などが挙げられる。

³² 2024年7月15日『シルバー産業新聞』における財務省主計局の端本秀夫主計官に対するインタビューを参照。

限度額を引き下げる選択肢の検討を促したわけだ。この選択肢であれば、限度額を超える部分は全て自己負担になるため、実質的にサービスの利用上限が低くなり、給付適正化に繋がる可能性がある。一方、こうした対応は良質な事業者の経営判断や行動に影響を及ぼす危険性を伴うため、今後の制度改正では利害得失を考慮する必要がある。

4 | 障害福祉報酬の見直し

障害福祉の分野でも給付適正化策が講じられた。その一つとして、障害福祉サービスのうち、入浴や食事などを提供する生活介護の基本報酬が見直された。具体的には、これまでの仕組みでは事業所の営業時間で報酬単位が設定されていたが、利用者ごとのサービス提供の実態に応じた体系に切り替えられた。この改定に関して、幾つかの地方紙³³では「利用者個人に寄り添った支援ができなくなる」「実態に合わない」といった事業所の声が紹介されている。

このほか、障害者が働きつつ知識や技術を身に付ける就労継続支援 A 型事業所の報酬見直しも現場に影響を及ぼしていることも明らかになっている。

ここで言う就労継続支援 A 型とは、障害者と事業者の雇用契約に基づいて就労の機会が提供される障害福祉サービスの類型。民間企業などで働く一般就労への移行に向けて支援するため、最低賃金以上の工賃の支払いが義務付けられており、事業所向け報酬では定員規模や人員配置に応じて設定されているほか、2021 年度報酬改定で「労働時間」「生産活動」「多様な働き方」「支援力向上」「地域連携活動」で計 200 点満点によるスコアで評価する仕組みが採用された。

今回の 2024 年度報酬改定では図表 6 の通り、スコアの点数配分に変更が

図表 6：就労継続支援 A 型事業所向け報酬のスコア見直しのイメージ
～2024 年 3 月

評価指標		スコア
労働時間	➤ 1日の平均労働時間で評価	5点～80点
生産活動	➤ 前年度及び前々年度における生産活動収支の状況で評価	5点～40点
多様な働き方	➤ 利用者が多様な働き方を実現できる制度の整備状況とその活用実績で評価	0点～35点
支援力向上	➤ 職員のキャリアアップの機会を組織として提供しているなど、支援力向上に係る取組実績で評価	0点～35点
地域連携活動	➤ 地元企業と連携した高付加価値の商品開発、施設外就労などで、働く場の確保など地域と連携した取組実績で評価	0～10点



2024 年 4 月～

評価指標		スコア
労働時間	➤ 1日の平均労働時間で評価	5点～90点
生産活動	➤ 前年度及び前々年度における生産活動収支の状況で評価	▲20点～60点
多様な働き方	➤ 利用者が多様な働き方を実現できる制度の整備状況とその活用実績で評価	0点～15点
支援力向上	➤ 職員のキャリアアップの機会を組織として提供しているなど、支援力向上に係る取組実績で評価	0点～15点
地域連携活動	➤ 地元企業と連携した高付加価値の商品開発、施設外就労などでの働く場の確保など地域と連携した取組実績で評価	0～10点
経営改善計画	➤ 経営改善計画の作成状況で評価	▲50点～0点
利用者の知識、能力向上	➤ 利用者の知識及び能力の向上のための支援の取組状況で評価	0点～10点

出典：厚生労働省資料を基に作成

加えられたほか、経営改善や利用者の知識・能力向上の取り組みも勘案することになった。例えば、生産

³³ 2024 年 6 月 14 日『東京新聞』、同年 4 月 6 日『京都新聞』を参照。

活動に関わる収支では最大▲20 点の減点になるほか、経営改善計画の作成状況に応じて最大▲50 点の減点が設定された。逆に平均労働時間が長い事業所とか、生産活動収支が大きい事業所に対して加点されることになった。

その結果、現場の経営に影響が出ており、報道³⁴によると、就労継続支援 A 型の事業所のうち、全体の 7% 程度に相当する事業所が閉鎖され、そのうち約 4 割が就労継続支援 B 型（最低賃金が適用されない就労支援サービス）に移行したという。解雇された障害者の数も最大で約 5,000 人に及ぶ可能性があると考えられた。

こうした見直しに至った背景として、障害福祉サービス費の増加を指摘できる。障害福祉サービスの予算は一貫して増加し続けており、直近 10 年程度の推移を見ると、国費ベースで 2014 年度の 1 兆円弱から 2023 年度には約 1 兆 9,000 億円に増額した。

このため、財政審の資料では障害福祉サービスに関する言及が少しずつ増えており、2023 年 11 月の資料では「サービスの質を確保しながら総費用額を抑制する取組が不可欠」という問題意識が披歴されていた。その上で、2024 年度改定に向けた見直し策として、生活介護では「サービス利用時間やサービスの質を考慮した報酬体系への見直し」、就労継続支援では「サービスにおける生産活動収支や工賃などの成果をより考慮した報酬体系への見直し」がそれぞれ指摘されていた。要するに、ここで挙げた見直しは財政審の指摘を踏まえた対応であり、増加基調の障害福祉サービスに関して、財政当局が厳しい態度で臨み始めている点、さらに財務省の指摘が報酬改定に反映されるようになった点を指摘できる。

しかも、こうした傾向は今後も続く可能性が高い。例えば、2023 年 12 月に閣議決定された「改革工程」では、さらなる見直し項目として、▽共同生活援助（グループホーム）における総量規制も含めた事業所指定の在り方について検討、▽障害福祉サービスを調整する「計画相談支援」の利用促進によるセルフプランの適正化、▽サービスの質などに応じたメリハリある報酬設定——などが列挙されている。

ここで、注目されるのは障害福祉報酬の決定過程である。障害福祉報酬の見直しは 2018 年度以降、「障害福祉サービス等報酬改定検討チーム」（以下は検討チーム）という組織で議論されており、検討チームは政治家の政務官をトップに、厚生労働省とこども家庭庁の幹部で構成している。さらに、検討過程の客観性・透明性を担保するため、自治体関係者や有識者など 11 人も「アドバイザー」として参画しており、資料や議事録などは他の審議会と同様に公開されている。

しかし、検討チームの法的根拠は曖昧である。この点を医療、介護と比べると、診療報酬の詳細を決める中医協は社会保険医療協議会法、介護報酬を調整する社会保障審議会介護給付費分科会は社会保障審議会令に定められており、検討チームとの違いは明らかである。

さらに、それぞれの組織のメンバーを見ても、大きな違いがある。具体的には、中医協は日医など診療側、健保連など支払側、有識者で構成する公益委員で構成し、業界団体が利害を調整する構成になっている。介護給付費分科会でも提供者側、支払側に加えて、自治体関係者や有識者、利用者代表も参画している。これに対し、障害福祉報酬の検討チームには、サービスを提供する立場の業界団体や、サービスを使う障害者団体が参画していない。

このほか、診療報酬では社会保障審議会医療部会や医療保険部会で、介護報酬では同審議会介護保険部会を舞台に、他の制度改革との整合性が話し合われたり、改定の大枠が整理されたりするのに対し、障害

³⁴ 2024 年 8 月 13 日『共同通信』配信記事を参照。同社独自の調査に基づき、事業者の閉鎖数や解雇者数が明らかになった。

福祉では同審議会障害部会と検討チームの連携を取る機会が設定されているように見えない。その結果、改定に関する資料を見ても、見直しのコンセプトや方針が分かりにくい。

確かに医療、介護は社会保険方式で運営されており、提供側（医療の場合は診療側）、支払側、公益委員のいわゆる「3者構成」を組みやすいのに対し、障害福祉サービスは公費（税金）で運営されており、保険料を支払う人の代表による意見を聞く必要がない。このため、意思決定過程を検討する際、財政方式の違いには留意する必要がある。

ただ、それでも医療、介護と比べると、障害福祉報酬の決定過程では、サービス提供者や利用者などの意見を取り入れるプロセスが十分とは言えず、官僚の裁量が働きやすい構造になっていると言える。しかも、既述した通り、障害福祉サービスの予算は増えており、給付抑制に向けた財務省のプレッシャーは今後も強まることが予想される。こうした中で現状の検討体制を続けると、業界団体や利用者の意見が反映されず、他の制度改正との整合性も余り意識されないまま、報酬見直しの議論が展開されることになりかねない。

さらに、既に報酬体系は複雑化し始めており、関係者しか分からないような状況になりつつある。この状態で財務省の指摘を踏まえた適正化策が実施されると、就労継続支援 A 型に関するスコアのように、仕組みが複雑になり、関係者以外が議論しにくい状況になる。しかも [\(上\)](#) 及び本稿で取り上げた通り、「トリプル改定」という言葉で、医療・介護との連動が意識されている点を踏まえると、業界団体や当事者団体を交えたオープンな検討体制あるいは検討過程を意識する必要がある。

9——強まる審議会バイパスの動き

1 | 相次ぐ中医協の「外堀」を埋める動き

最後に、診療報酬改定に関して、中医協をバイパスする動きが一層、強まっている点を指摘する。医療制度の長い歴史を振り返ると、診療側と支払側、公益委員が合意形成しつつ、中医協を舞台に診療報酬を含めた意思決定が下されていたことは間違いない。実際、医療制度の教科書的な文献³⁵でも、制度運営の基本的な考え方を「国民各層間、医療提供者間、および両者の間の『和』をできるだけ維持し、表だった対立を回避する」という「バランス」に求めており、その舞台装置として中医協は長く機能してきた。

しかし、近年は中医協の審議がバイパスされる動きが強まっている。具体的には、年末の予算編成で改定率が決まる際、診療報酬改定の方向性が事実上、決まっているケースが少なくない。例えば、2022 年度改定では、本体改定率が決着する際、財務相と厚生労働相が合意文を交わすことで、急性期病床の適正化を含めた医療提供体制改革に取り組む方向性が確認された³⁶。

さらに、臨時的に実施された 2023 年度改定でもマイナ保険証の加算などが決まった際、中医協では議論されなかった³⁷。今回の 2024 年度改定で改定率に細かく「ミシン目」が入ったのも、[\(上\)](#) で取り上げた通り、年末の大臣合意の影響であり、中医協の「外堀」を埋めるような傾向が続いている。

³⁵ 池上直己、J.C. キャンベル（1996）『日本の医療』中公新書 214～215 ページを参照。

³⁶ 2022 年度診療報酬改定における意思決定過程については、2022 年 1 月 17 日拙稿 [「2022 年度の社会保障予算を分析する」](#) を参照。

³⁷ 2023 年度診療報酬改定の経緯については、2023 年 2 月 2 日拙稿 [「2023 年度の社会保障予算を分析する」](#) を参照。

実際、日医からは「特に最近は改定率だけではなく、(筆者注：中医協の外で)細部まで決めています」³⁸という指摘が出ている。中でも 2024 年度改定で、数多くの「ミシン目」が入ったことに対し、日医は「内訳まで具体的に示されてしまったことは残念」³⁹、「中医協の裁量権がかなり狭まっていると感じています。(略)本来は中医協で議論すべき内容」⁴⁰といった不満を漏らしている。

それだけでなく、公益委員も「正直なところ、中医協の議論の方向性のかなりの部分が中医協の外で決まってしまったという印象を持っています。改定率がその時点の政府の政策を反映するのは当然ですし、それを否定するものではありませんが、中医協でももう少し時間をかけて丁寧に議論したかった。この印象は、前回改定時から変わっていません」⁴¹と述べている。このため、中医協がバイパスされているという感覚は立場を超えて共通していると言える。

2 | バイパスが続く背景

こうしたバイパスが続く背景として、財務省の圧力が考えられる。つまり、本体のプラス改定を吞まされている財務省の苛立ちが大臣合意の内容に反映し、厚生労働省に財源の使途や制度改正の「担保」を求めていることで、中医協の議論がバイパスされるような流れが続いている。

例えば、前回の 2022 年度診療報酬改定では、改定率を 0.1% 上乗せさせる見返りのような形で、日医が反対していたリフィル処方箋（一定程度の条件で繰り返し使える処方箋）の導入が決まった。今回の改定でも、[\(上\)](#) で述べた通り、生活習慣病関係の加算見直しで 0.25% 分のマイナスを受け入れさせる代わりに、改定率が積み上げられた。これらの意思決定に際して、財務省の意向が反映されているのは間違いないだろう。

しかし、これだけでは十分な説明とは言えない。給付適正化に向けた財務省の圧力は昔から絶えず続いており、今に始まった現象とは言えない。このため、バイパスの背景を探る上では、もう少し要因を深く考察する必要がある。

そこで、中医協バイパスに関する関係者の利害得失を考えると、今の事態が必然的に起きている可能性が見えて来る。まず、健保連など中医協の支払側にとって、自らも参画する審議会の議論が軽視されるような事態は受け入れにくい面があるかもしれないが、給付抑制を進めたい点では財務省と利害が一致している。このため、中医協のバイパスを通じて、給付抑制に繋がるような見直し項目が事前に決まること自体、健保連にとってマイナスとは言えない。

一方、日医はリフィル処方箋や生活習慣病関係の減算など、給付抑制や医療機関の収入減少に繋がる改定を受け入れることになる分、不満を持つのは当然である。その半面、見直しによる減額は改定率を増やすための「代償」となっており、受け入れざるを得ない面がある。

実は、厚生労働省も恩恵を受けているように映る。厚生労働省は日医と同様、診療報酬の増額を望む立場だが、制度の持続可能性を高める給付抑制も進めようとしている。それにもかかわらず、厚生労働省が企図する制度改正に対しては、日医や与党など様々な利害関係者の反発に遭いやすい。この

³⁸ 2024 年 5 月 2 日『m3.com』配信記事における日医常任理事の長島氏のインタビューを参照。

³⁹ 2024 年 6 月 11 日『社会保険旬報』No. 2930 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。

⁴⁰ 2024 年 6 月 24 日『週刊社会保障』No. 3273 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。

⁴¹ 2024 年 5 月 13 日『週刊社会保障』No. 3267 における中医協の小塩隆士会長（一橋大経済研究所特任教授）に対するインタビューを参照。

ため、関係者を説き伏せる「外圧」として、厚生労働省が予算決着時の大臣合意などを使っている面もありそうだ。

そもそも、最近の改定率を巡るパワーゲームの大前提は「財政難」「プラス改定」の2つである。つまり、この二律背反的な条件の下、それぞれが利益を最大化するために動き、中医協バイパスの動きに繋がっている。

3 | 官邸主導の影響

それでも疑問は残る。中医協バイパスを生み出している「財政難」「プラス改定」という構造は今に始まったわけではなく、1990年代後半から顕著に見られる傾向である。このため、首相官邸主導による意思決定など最近の変化も加味する必要があるようだ。

具体的には、従来の医療政策は中医協を中心とする関係団体間の利害調整か、自民党関係議員による裁定で決まっていた。特に、昭和期に四半世紀も続いた武見太郎会長の時代には、日医が自民党との太いパイプを通じて、厚生省（当時）の意思決定を覆すような事態も少なくなかった。

しかし、様々な制度改革が医療政策の決定過程に影響を及ぼしていると考えられる。例えば、2005年に起きた中医協の汚職事件を契機に、改定率は内閣、診療報酬の細目は中医協という役割分担に変わった。言い換えると、中医協の権限が縮小したことで、内閣主導で意思決定できる余地が大きくなった。

さらに、経済財政諮問会議の創設など一連の統治機構改革を通じて、首相官邸の主導による意思決定が可能となり、その影響が医療にも及んでいる点も見逃せない⁴²。それでも2012年に自民党が政権に復帰した後、日医も当時の横倉義武会長と政府首脳の太いパイプを通じて、状況の変化に適合できていた面があったが、大臣合意で「外堀」を埋められる最近の傾向を見ていると、統治機構改革を含めた一連の制度改革が中医協バイパスを生み出している一つの要因と考えられる。

10——おわりに

本シリーズでは、6年ぶりとなった「トリプル改定」の経過や論点などを取り上げた。次の節目となる2026年度診療報酬改定を展望すると、[\(上\)](#)で論じた賃上げ対応は今後も論点になる可能性が高い。しかも、出産費用の保険適用という難題⁴³も控えており、2024年度改定と同様、改定率をプラスに向かわせる要因が多い。一方、国の厳しい財政事情を踏まえると、歳出改革路線は今後も継続するため、[\(上\)](#)で述

⁴² この点を労働政策と対比させると、共通点が見られる。労働政策は伝統的に使用者、労働者、公益委員の3者で構成する審議会での合意形成が重視されており、診療側、支払側、公益委員の利害調整が図られる医療政策と共通している部分があった。しかし、1990年代後半以降の労働政策では、経済政策の一環として、労働規制の見直しなどが政治的に注目されるようになり、しかも近年は官邸主導で意思決定される傾向が強まっている。例えば、安倍晋三政権期に決まった「同一賃金、同一労働」などの働き方改革は完全に官邸主導だった。詳細については、澤路毅彦ほか（2019）『ドキュメント「働き方改革」』旬報社、山田久（2019）「労働政策過程の変容と労働組合」『日本労働研究雑誌』No. 710、三浦まり（2005）「連合の政策参加」中村圭介ほか編著『衰退か、再生か』勁草書房などを参照。ただ、医療政策では伝統的に政府・与党と太いパイプを持っている日医の影響力が強く、審議会における利害調整よりも政治決着が図られることが多かったため、合意形成が重視されていた労働政策との違いには留意する必要がある。

⁴³ 厚生労働省は2024年6月、関係団体の代表や有識者で構成する「妊娠・出産・産後における妊産婦等の支援策等に関する検討会」を発足させ、2026年度における出産費用の保険適用に向けた論点整理などを開始した。出産育児一時金の引き上げから保険適用の論議までの経過や背景については、2023年6月27日拙稿「[「出産育児一時金の制度改正で何が変わるのか？」](#)」も参照。

べた生活習慣病関係の加算見直しとか、今回で説明した選定療養を用いた薬剤費の追加負担制度の見直しなどが焦点になりそうだ。

さらに、[\(中\)](#)で触れた通り、急性期医療の適正化を含めた医療提供体制改革を診療報酬改定で誘導する傾向が強まっている点とか、今回で言及した中医協をバイパスする動きについても、2026年度改定以降に継続する公算が大きい。

しかし、こうした意思決定は現場にシワ寄せをもたらす可能性もある。具体的には、全国一律の診療報酬では、地域差を考慮できないため、医療資源にアクセスできない患者が増えるなど弊害が生まれる危険性である。

一方、政府は現在、身近な病気やケガに対応する「かかりつけ医機能」の強化⁴⁴や、2025年に期限を迎える「地域医療構想」の後継版の検討⁴⁵など都道府県を主体とした医療提供体制改革の検討を進めており、今回で取り上げた医師の働き方改革と併せて、「地域の実情」に応じた体制整備の必要性を盛んに強調している⁴⁶。言わば都道府県を主体とした分権的な対応が期待されている。このため、都道府県には「地域の実情」に応じた体制整備に向けた主体性が期待されるほか、一連の医療提供体制改革と診療報酬改定の「喰い合わせ」の悪さは認識する必要がある。

このほか、介護と障害に関しては、賃上げ対応を含めた人材確保が最大の課題である。今回の改定に関して、社会保障審議会介護保険部会長と障害部会の会長を務める有識者が「(筆者注：賃上げに向けて)一定の社会的コンセンサスが得られている中での改定だった」⁴⁷と述べており、この傾向は次の節目である2027年度も変わらないだろう。

しかし、[\(上\)](#)で指摘した通り、訪問介護の不可解な引き下げに関しては、厚生労働省の説明は合理的とは言えない。介護現場の苦しい状況を鑑みると、早急な軌道修正が求められる。

⁴⁴ 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「[医療制度議論における『かかりつけ医』の意味を問い直す](#)」を参照。なお、新たな制度の論点などについては、別稿で考察することにした。

⁴⁵ ここでは詳しく触れないが、2017年3月までに都道府県が作成した地域医療構想では、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』医業経済社も参照。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。

⁴⁶ 「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。

⁴⁷ 2024年4月号『月刊社会福祉』における菊池馨実早大教授に対するインタビューを参照。

さらに、[\(中\)](#)で述べた医療・介護連携とか、今回で言及した感染症対策、医療的ケア児やヤングケアラーの支援などでは多職種・多機関連携の充実が一層、求められる。特に今後、単身世帯への対応とか、認知症ケアなど困難化・複雑化するケースが増えるため、多職種・多機関連携の促進に向けた現場の工夫と、国・自治体によるバックアップが必要になる。