

2024 年度トリプル改定を読み解く



保険研究部 上席研究員 三原 岳
mihara@nli-research.co.jp

※ 本稿は 2024 年 6 月 12 日・7 月 29 日・9 月 11 日発行
「基礎研レポート」を加筆・修正したものである。

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 月にスタートした。今回の改定では、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・多職種の連携が重視された。

さらに 2024 年度改定では、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った。

そこで、本稿ではトリプル改定の論点を読み解く。具体的には、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について、結果や意味合いを考える。さらに、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いるため、経緯や背景なども考察する。

このほか、急性期病床や高齢者救急の見直し、新興感染症対策など、多職種・多機関連携に関わる見直しを医療、介護、障害福祉に渡って横断的に検討する。

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、多様な論点が議論の俎上に上った。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。

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。肩書は全て当時。

² 2024 年度予算編成は 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。

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。

こうした展開について、費用抑制を重視する健康保険組合連合会（以下、健保連）の幹部は「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。社会保障審議会（厚生労働相の諮問機関）介護保険部会と障害者部会の部会長を務める有識者も「報酬を引き上げるという一定の社会的コンセンサスが得られている中での改定」との見解を示していた⁴。

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た「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⁵ため、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」と言わんばかりの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⁶。

2 | 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

³ 2024 年 6 月 1 日『社会保険旬報』No. 2929 における松本真人理事のインタビューを参照。

⁴ 『月刊社会福祉』2024 年 4 月号における菊池馨実早稲田大学教授のインタビューを参照。

⁵ 少子化対策の財源確保は 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。

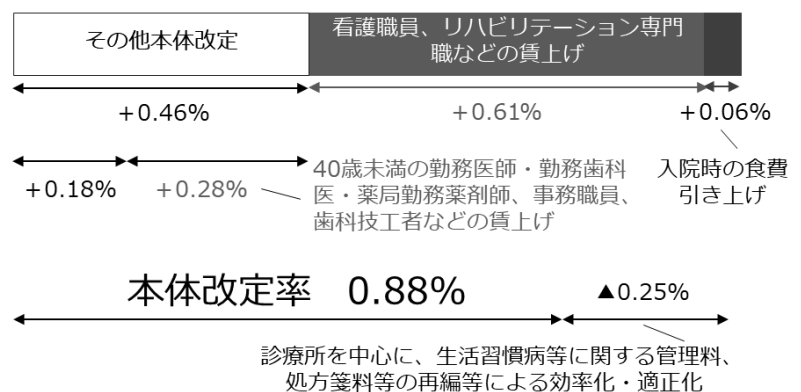
⁶ なお、報酬の引き上げに要する必要な国費（国の税金）の概算は診療報酬で 822 億円、介護報酬で 432 億円、障害福祉サービスで 162 億円と見込まれた。このほか、今回の改定から薬価を除く診療報酬と、医療系サービスの介護報酬については、見直し時期が 6 月に変更された。現場のシステム変更に関する負担を軽減するのが狙い。

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、改定率を巡る財務省と日本医師会（以下、日医）の対立を踏まえる必要がある。

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 | 財務省の調査と主張、その反響

攻防の始まりは 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）だった。この時、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。

ここで、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。

2 | 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

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 日記者会見の発言。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。

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」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。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き、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つかず、大臣合意と首相裁定に持ち込まれた。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。

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。

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%

出典：厚生労働省資料を基に作成
注1：消費増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。

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。具体的には、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、プラス 0.61%の部分である。

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。
¹² 2023 年 12 月 20 日記者会見の発言。同日『日医ニュース』配信記事を参照。

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）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年度改定で看護職員の給与アップ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、

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。

¹⁴ 2024年2月14日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。

裏付けとなる保険料や公費（税金）を負担する人に対しての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「医療機関の方々の事務作業が膨らむことは申し訳ない」と理解を求めた¹⁸。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。

ただ、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。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、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。

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」²⁰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。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。

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。

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。

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 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。

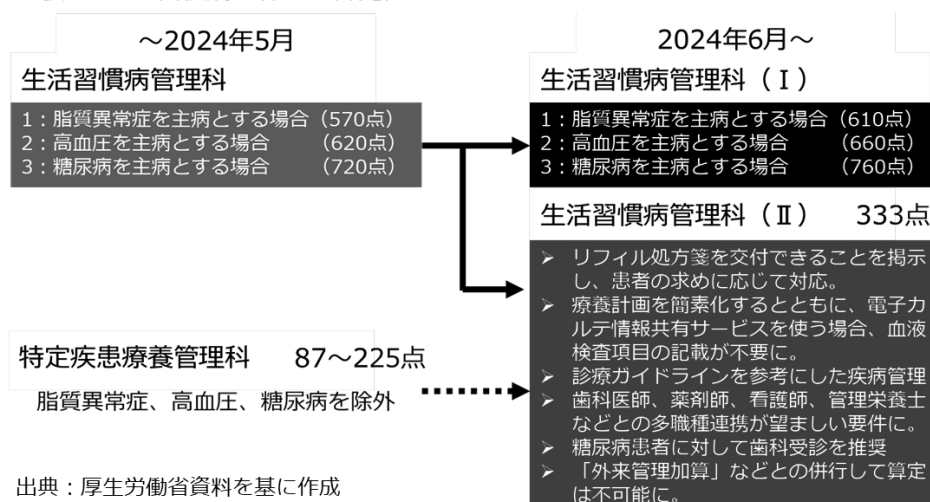
2024 年度改定では、脂質異常症、高血圧、糖尿病が対象から除外されたほか、アナフィラキシー、ギラン・バレー症候群が追加された。中でも、後述する通り、脂質異常症、高血圧、糖尿病が対象から外れたことがポイントである。

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 of 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、▽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に追加、▽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。

図表3：生活習慣病関係の加算見直しのイメージ



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。

これらの見直しの主な内容のイメージは図表 3 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²¹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。

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考え方に加えて、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

²¹ 『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。

述べていた²²。このため、見直しについて、健保連は「歴史的な経緯や併算定の状況など、全部をつまびらかにした成果でもある」と評価している²³。

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」²⁴という評価が出ている。実際、厚生労働省の資料²⁵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「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²⁶。

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²⁷がスタートしており、2026 年度診療報酬改定に影響を及ぼす可能性がある。

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²⁸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」²⁹として、一層の見直しに期待感を示している。

このため、生活習慣病の報酬見直しを含め、かかりつけ医に関わる診療報酬の取り扱いは 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超えた³⁰。このため、単純に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。

²² 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。

²³ 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。

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圭洋氏に対するインタビューを参照。

²⁵ 2023 年 11 月 10 日、中医協資料を参照。

²⁶ 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。

²⁷ 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広げた。法改正の内容や検討経過に関しては、2025 年 5 月 28 日拙稿「4 月から始まった『かかりつけ医』の新制度は機能するのか」、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。

²⁸ 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。

²⁹ 『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。

³⁰ ここでは詳しく触れないが、介護報酬改定では職場環境改善などを旨とする「生産性向上」画焦点となり、加算措置の創設などが講じられた。詳細は 2025 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。

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³¹。直近では、2021 年度補正予算で月額 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。

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。

そこで、2024 年度介護報酬改定では体系が簡素化された。厚生労働省が示したイメージは図表 4 の通りであり、18 通りのパターンが 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。

図表4：2024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%】 【22.4%】 【18.2%】 【14.5%】	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
	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】 ・ ダブルポイントの配分率【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
	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
	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

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。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 5 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た。例えば、2024 年 3 月に開催された社会保障審議会介護給付費分科会（以下、分科会）では、委員から「事業者の持続可能性の低下だけでなく、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」³²、「基本報酬の引下げの提案では、

³¹ 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。

³² 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。

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」³³といった不満や不安が次々と示された。現場でも「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」³⁴といった厳しい批判が寄せられた。

こうした不満の背景には、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、

図表5：2024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

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。

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³⁵。

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、下記のように述べた³⁶。

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。

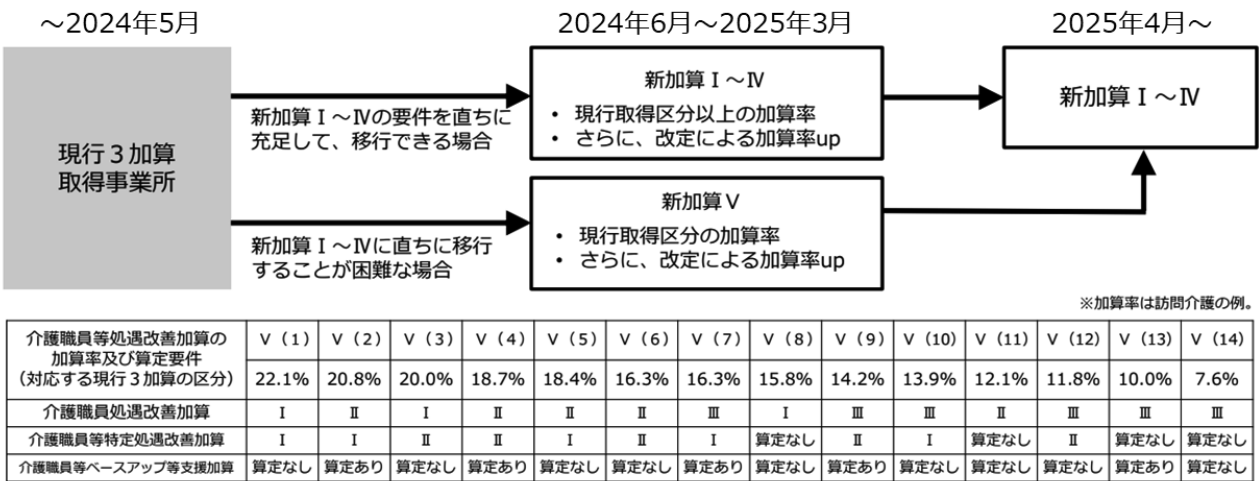
第2の点は「訪問介護の経営状況が良好」という説明である。ここでも述べられている通り、介

³³ 同上議事録における認知症のひと家族の会代表の鎌田松代理事の発言を参照。
³⁴ 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。
³⁵ 訪問介護事業所の有効回答数は2,452件、全体は6,405件。
³⁶ 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。

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」³⁷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。

図表6：2025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



出典：厚生労働省資料から抜粋

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、図表 6 の通り、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。

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。

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、様々な側面から検討する必要がありそうだ。この問題に関するメディアの記事³⁸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。

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。つまり、

³⁷ 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。
³⁸ 例えば、2024 年 3 月 10 日『朝日新聞デジタル』配信記事を参照。

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。このため、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³⁹。それでも統計上の分類は「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、という指摘である⁴⁰。

しかし、いくら訪問介護が「好調」だったとしても、それ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。

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。

だが、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⁴¹。さらに、処遇改善加算の使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6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」という説明と整合していない。

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。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 | 不可解な説明や対応が続く理由は？

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。この「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。

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。

³⁹ 厚生労働省が2023年11月の分科会に示した資料に沿って、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。なお、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。

⁴⁰ 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。

⁴¹ 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。

言い換えると、財源に「ミシン目」が入っている⁴²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。今後の対応策として、可能な限り早い段階で基本報酬を是正することが求められる。

図表7：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	➤ 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。 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

6——医療・介護連携で重視された9つのテーマ

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、中医協と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は図表7を見ると、一目瞭然であろう。確かに過去の同時改定（2012年、2018年）と比べると、テーマの全てが目新しいわけではないが、2012年改定では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。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、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。

⁴² 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。

結局、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。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、改定内容の概略や狙いを考察する。

7——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)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。

具体的には、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。

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」が組み合わせられており、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けた。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かった。そこで、特別養護老人ホーム（以下は特養）や老人保健施設、介護医療院の施設系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」などの基準も設定された。

このほか、上記の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）。このほか、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⁴³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、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。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⁴⁴。

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」⁴⁵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い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」⁴⁶との期待も出ている。

8——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

⁴³ 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。

⁴⁴ 2024 年 7 月 1 日『週刊社会保障』No. 3274 における厚生労働省保険局医療課長の眞鍋馨氏に対するインタビューを参照。

⁴⁵ 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。

⁴⁶ 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。

ら 250 単位に引き上げられた。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」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）。

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。

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。

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、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など他の制度改正との整合性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、過去の経緯と対比させつつ、今回の改定に関する政策的な意味合いを深掘りする。

9——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 | 地域包括医療病棟の政策的な意味合い

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⁴⁷。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。

一方、診療報酬改定でもテコ入れが本格化しつつある。例えば、2022年度診療報酬改定⁴⁸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。

こうした過去の経緯と重ね合わせると、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。具体的には、7対1基準適正化の「受け皿」として、高齢者救急では地域包括医療病棟を普及させたいという企図である。

2 | 協力医療機関の政策的な意味合い

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、在支病、在支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

⁴⁷ 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、地域医療構想については、目標年次が到来したため、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。

⁴⁸ 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。

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⁴⁹。

3 | 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。

言い換えると、これを「操作」すれば、医療機関は 7 対 1 基準の取得が難しくなり、経営は打撃を受ける。その半面、厚生労働省から見ると、7 対 1 基準の適正化策として使える側面を持つ。実際、中医協の検討では毎回、争点になっており、最終的に B 項目の廃止などの見直しが講じられた。

4 | 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。これは後述する「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

⁴⁹ 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。

っている。

5 | 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 年度改定では平均在院日数の短縮など、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んで、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⁵⁰。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。

6 | 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⁵¹。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⁵²。

10——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。このほか、過去の診療報酬、介護報酬改定でも、上記の観点に沿った見直しが講じられてきた⁵³。

⁵⁰ 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。

⁵¹ 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。

⁵² 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。

⁵³ 例えば、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。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ため、同加算を通じた連携が企図された。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。

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⁵⁴と説明されていた。

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⁵⁵」としており、医療・介護連携の方向性は今後も続くと思われる。

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「（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⁵⁶。

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。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。

11——その他の提供体制改革に関わる改定

1 | 医師の働き方改革に関する内容

このほか、厚生労働省幹部が「触っていないところがない」⁵⁷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。例えば、提供体制改革のうち、2024年度から施行された「医師の働き方改革」では、少し攻防が見られた。

⁵⁴ 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。

⁵⁵ 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。

⁵⁶ 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。

⁵⁷ 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。以下、肩書は全て当時。

そもそも医師の働き方改革は 2024 年度から本格施行されており、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⁵⁸。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⁵⁹。

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。

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⁶⁰。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、2022 年度改定で点数が 620 点に増額された⁶¹。

しかし、今回の改定に際して、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。つまり、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、健保連は「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⁶²。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 年度で 1,710 時間以下」などの要件が定められた。

2 | 新興感染症対策

さらに、2024 年度改定では新興感染症対策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⁶³。

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⁶⁴。

⁵⁸ 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。

⁵⁹ 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。

⁶⁰ 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。

⁶¹ 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。

⁶² 2023 年 11 月 15 日、中医協議事録における健保連理事の松本氏の発言。

⁶³ 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。

⁶⁴ 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](#)

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⁶⁵。

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）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。

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。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。

3 | 医療と障害の連携

今回の改定は2年に1回の診療報酬本体と、3年サイクルの障害報酬の見直しが重なったため、医療と障害が重なる領域も論点になり、その一つの例として、医療的ケア児の支援に関わる改定は見逃せない。

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⁶⁶。

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

感染症法はどこまで機能するか」を参照。

⁶⁵ 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。

⁶⁶ 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。

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。

こうした状況の下、トリプル改定では、比較的重度な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るなど、いくつかテコ入れが講じられた。

4 | 居宅介護支援事業所に関する改定

このほか、提供体制改革に関わる改定では、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について、こども家庭庁のウェブサイト⁶⁷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」とされており、2024年通常国会では子ども・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る子ども・若者」が支援対象として明記された。

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り、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り、ケアマネジャーも多職種連携に加わることが期待されている。

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、「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⁶⁸。

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

⁶⁷ 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>

⁶⁸ 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、鎗木奈津子（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人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。医療・介護・福祉の政府文書に多用されている「地域の実情」という言葉に着目した拙稿コラムの第6回でも取り上げた。

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、重層的支援体制整備事業への関与が期待されたと言える。

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」⁶⁹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。

5 | 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⁷⁰。

一方、地域包括支援センターの業務が逼迫している⁷¹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。

12——おわりに

本稿では、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。本稿で見た通り、医療と介護、障害にまたがる様々な論点が話題となる中、賃上げ対応が焦点になったほか、多機関・多職種連携を促す改定が数多く講じられた。

ここで、次の節目となる2026年度診療報酬改定を簡単に展望すると、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⁷²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、生活習慣病関係

⁶⁹ 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。

⁷⁰ 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。

⁷¹ 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）を参照。

⁷² 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。

の加算見直しなどが焦点になりそうだ。さらに急性期医療の適正化を含めた医療提供体制改革も2026年度改定以降に議論される公算が大きく、プラスに向かう流れと、マイナスに働く流れが交錯しそうだ。

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や介護報酬では、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。

実際、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」の強化や「ポスト地域医療構想」など都道府県を主体とした「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⁷³。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、一連の提供体制改革と報酬改定の「喰い合わせ」の悪さを認識する必要がある。

さらに介護と障害では、賃上げ対応を含めた人材確保が最大の課題である。特に、訪問介護の基本報酬引き下げに関する厚生労働省の説明は合理的とは言えず、不可解と言わざるを得ない。介護現場の苦しい状況を鑑みると、早急な軌道修正が不可欠である。

このほか、本稿で言及した通り、単身世帯や認知症の人の増加など、今後は困難化・複雑化したケースが増えることが予想されるため、多職種・多機関連携の充実が一層、求められる。関係機関の情報共有を含めた現場の工夫とともに、報酬面による国の下支えも重要になる。

⁷³ 「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。