

2023年12月6日 全7頁

診療報酬と介護報酬の同時改定で期待される医療・介護連携

働き方改革を後押ししつつ費用全体の伸びを抑制する改定が必要

政策調査部 研究員 石橋 未来

[要約]

- コロナ禍の中では、高齢者施設内で発生したクラスターに対する医療提供が不十分であったり、新型コロナウイルス感染症で入院した高齢患者が、療養期間終了後も自宅や施設にスムーズに戻れず入院が長期化したりするなどの問題が頻発した。平時から医療・介護の連携体制を構築しておけば、こうした事態を防ぐことができるだろう。
- 今後、生産年齢人口が減少して人材等が限られる中、医療・介護の複合的ニーズを有する高齢者の急増が見込まれており、2024年度の診療報酬・介護報酬の同時改定では、医療・介護のさらなる連携強化が求められる。まずは連携のネックとなっている人材不足を緩和するため、医療従事者のタスク・シフト/シェアを一段と進める必要がある。
- ただ、経済・社会の活力を維持するため全体としては医療・介護を中心とした歳出改革の徹底が求められており、メリハリを効かせた診療報酬・介護報酬の改定とすることが重要だ。

はじめに

2024年度は、6年に一度の診療報酬と介護報酬の同時改定が行われる。「経済財政運営と改革の基本方針 2023 加速する新しい資本主義～未来への投資の拡大と構造的賃上げの実現～」(2023年6月16日閣議決定)では、障害福祉サービスを含む2024年度の3報酬の改定について、経済・財政一体改革¹を着実に推進しつつ、患者・利用者が必要なサービスが受けられるよう、必要な対応を行うとした。つまり、持続可能な社会保障制度の構築に向け、効果的・効率的な支出(ワイズスペンディング)を徹底しながら、医療・介護・福祉サービスの連携強化を図るとのことだ。

¹ 経済・財政一体改革とは、「経済財政運営と改革の基本方針 2015」で経済・財政再生計画として構想された改革のことであり、「デフレ脱却・経済再生」、「歳出改革」、「歳入改革」の3本柱を一体として推進するとした。経済・財政再生計画は、「経済財政運営と改革の基本方針 2018」において、新経済・財政再生計画に引き継がれている。

本稿では、医療・介護連携に注目し、その実効性を高めるには、まず医師等の負担軽減が不可欠な点を示す。また、医療・介護の持続性を確保するには給付費全体の伸びの抑制が必要であり、メリハリをつけた報酬改定により効率的に連携体制を推進することの重要性を述べる。

総合確保方針で示されたポスト 2025 年の医療・介護提供体制

2023 年 3 月、「地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針（総合確保方針）」が見直された²。総合確保方針は、都道府県が策定する第 8 次医療計画（2024～29 年度）³や第 9 期介護保険事業（支援）計画（2024～26 年度）⁴に反映される。今回の見直しでは、いわゆる団塊の世代が全て 75 歳以上となる 2025 年だけでなく、生産年齢人口の減少の加速等を見据えた、ポスト 2025 年の医療・介護提供体制が注目された。図表 1 は総合確保方針の基本的な方向性とその具体策である。コロナ禍の中で顕在化した課題を踏まえ、これまで取り組まれてきた医療機能の分化・連携や地域包括ケアシステムの構築を着実に進展させることが、「地域完結型」の医療・介護提供体制を構築する上で不可欠とされている。また、こうした現場を支える質の高い人材を継続的に確保していくために、働き方改革の取り組みや ICT（情報通信技術）・介護ロボット等の活用、手続のデジタル化等、現場の負担軽減を図る重要性についても述べられている。つまり、生産年齢人口が減少する中、限りある人材で増大する医療・介護の複合的なニーズを支えていく必要があり、それには医療・介護提供体制を効率化しつつ両者の連携を推進していくことが欠かせないということだ。

図表 1 総合確保方針の基本的方向性と具体策

① 「地域完結型」の医療・介護提供体制の構築	地域医療構想、かかりつけ医機能が発揮される制度整備、地域包括ケアシステム（認知症施策の推進、総合事業や介護予防の充実等）
② サービス提供人材の確保と働き方改革	医療従事者の働き方改革、タスク・シフト／シェア、チーム医療の推進、復職支援等 介護従事者の処遇改善、ICT や介護ロボット等の活用、手続のデジタル化等
③ 限りある資源の効率的かつ効果的な活用	医療機能の分化・連携、地域包括ケアシステムの構築、介護サービス事業者の経営の協働化・大規模化等
④ デジタル化・データヘルスの推進	オンライン資格確認等システムの活用と介護情報を含む「全国医療情報プラットフォーム」の創設、NDB（レセプト情報・特定健診等情報データベース）や公的データベースの連結解析を通じた EBPM（証拠に基づく政策立案）の取り組み等
⑤ 地域共生社会の実現	地域包括ケアシステムの多世代型展開、住宅や居住に係る施策との連携、地域の多様な主体との連携等

（出所）厚生労働省「地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針（総合確保方針）」（2023 年 3 月 17 日一部改正）より大和総研作成

² 厚生労働省ウェブサイト「地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針（総合確保方針）」の一部改正について」

³ 医療計画とは、都道府県が医療資源の地域的偏在の是正や医療施設の連携推進など、地域の実情に応じて医療提供体制の確保を図るために策定するもの。第 8 次医療計画から記載事項に新興感染症対応が追加された。

⁴ 介護保険事業（支援）計画とは、各市町村が、介護保険事業が円滑に実施されるように実態把握・課題分析を踏まえて地域における共通の目標を設定し、その達成に向けて策定するもの。

コロナ禍の中で顕在化した医療・介護連携の問題

医療・介護連携の推進が改めて強調された背景には、前述の通り、コロナ禍の中で顕在化した様々な課題がある。例えば、高齢者施設の入所者が感染した場合、施設内で療養できる体制がとれていない施設が多かったことから軽症でも入院が必要になったり、あるいは入院が必要な場合でも受け入れ医療機関が見つからなかったり、さらに感染症から回復した高齢者を自宅や高齢者施設へ円滑に退院させる仕組みが不十分だったことから入院が長期化するケースが頻発した。

実は、こうした事態を回避するための仕組みは以前からある。介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）では、入所者に対し健康管理及び療養上の指導を行うために必要な数の医師を配置することが運営基準上求められており（図表 2）、一施設あたり平均約 1.5 人の医師（配置医師）と契約している⁵。2018 年度の介護報酬改定では、施設入所者に対する早朝や夜間又は深夜の診療を配置医師に求め、診療を行う必要があった理由を記録することを評価する「配置医師緊急時対応加算」も新設された。入所者の急変時には平日・日中以外にも配置医師が駆けつけて、住み慣れた施設内で治療や看取りをすることが期待されたからである。

また、施設入所者に入院が必要となった場合に備えて、介護保険施設は運営基準において、協力病院を定めることとされている。特別養護老人ホームの 6 割が 1～2 の医療機関と協力契約を結んでおり、中には 4 機関以上と契約する施設も 1 割以上ある（平均 2.2 機関）⁶。

図表 2 特別養護老人ホームにおける主な人員配置基準

職種	配置基準	常勤／常勤換算	専従／兼務
施設長（管理者）	1	常勤	原則専従。管理上支障がない場合、当該特養従業者としての職務、同一敷地内の他事業所、サテライト型居住施設の職務との兼務可。
医師	必要な数		
介護職員	3:1以上	常勤換算	原則専従。ただし、入所者の処遇に支障がない限り、機能訓練指導員、介護支援専門員などの兼務可能。従来型・ユニット型を併設する場合の介護・看護職員については、専従。
看護職員		常勤換算必要数 常勤1名以上	
生活相談員	100:1以上	常勤	
機能訓練指導員	1以上		当該特養の他の職務との兼務可。
介護支援専門員	1以上	常勤	原則専従。入所者の処遇に支障がない場合、当該特養の他の職務との兼務可。
栄養士	1以上		
ユニットリーダー	ユニットごと	常勤	

（出所）厚生労働省「介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）の報酬・基準について（検討の方向性）」第 190 回社会保障審議会介護給付費分科会 資料（2020 年 10 月 30 日）より大和総研作成

さらに、介護を必要とする高齢者の療養場所の移行に伴う情報提供・連携を評価する、診療報酬・介護報酬上の仕組みも整備されている（図表 3）。「入退院支援加算」（診療報酬）は、入院早期から様々な職種との連携を通じて退院調整を積極的に行うことを評価するものである。

⁵ 厚生労働省「高齢者施設・障害者施設等における医療」令和 6 年度の同時報酬改定に向けた意見交換会（第 2 回）（2023 年 4 月 19 日）

⁶ 厚生労働省令和 4 年度 老人保健健康増進等事業 「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」（原出所：PwC コンサルティング合同会社資料（令和 4 年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）「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」（2023 年 3 月））

また、「退院時共同指導料」（診療報酬）は、入院中の医療機関の医師・看護師等が、患者の同意の下、退院後に必要な療養に関する説明及び指導を、在宅療養を担う医療機関の医師・看護師や歯科医師、薬剤師、介護支援専門員などと共同して行った上で、文書により情報提供した場合に算定するものである。必要な介護サービスや療養の情報について関係者間で共有されていれば、高齢者やその家族が安心して退院後の生活へ移ることができる。

図表3 医療・介護連携に係る主な診療報酬・介護報酬上の評価

診療報酬	介護報酬
<ul style="list-style-type: none"> ○ 退院時の連携 <ul style="list-style-type: none"> 入退院支援加算 退院時共同指導料1 退院時共同指導料2 介護支援等連携指導料 退院前訪問指導料 退院後訪問指導料 退院時リハビリテーション指導料 診療情報提供料(Ⅰ) 栄養情報提供加算 ○ 入院時の連携 <ul style="list-style-type: none"> 入院時支援加算 在宅患者支援病床初期加算 有床診療所在宅患者支援病床初期加算 薬剤適正使用連携加算 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 医療機関から介護保険施設に入所時の連携 <ul style="list-style-type: none"> 地域連携診療計画情報提供加算 再入所時栄養連携加算 ○ 介護保険施設から医療機関に入院時の連携 <ul style="list-style-type: none"> 地域連携診療計画情報提供加算 かかりつけ医連携薬剤調整加算 認知症情報提供加算 ○ 居宅から医療機関に入院時の連携 <ul style="list-style-type: none"> 入院時情報連携加算 ○ 医療機関・施設から居宅へ退院・退所時の連携 <ul style="list-style-type: none"> 退院・退所加算 退院・退所時連携加算 退院時共同指導加算

(出所) 厚生労働省「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参考資料」令和6年度の同時報酬改定に向けた意見交換会(第1回)(2023年3月15日)より大和総研作成

医療・介護連携を評価する仕組みは十分に利用されていない

ところが、実際は9割以上の特別養護老人ホームが「配置医師緊急時対応加算」を算定していない。その主な理由として、「配置医師が必ずしも駆けつけ対応ができないため」(45.3%)、「緊急の場合はすべて救急搬送で対応しているため」(32.1%)が挙げられる⁷。配置医師が施設にいない時間帯に生じた急変等の対応方法についても、配置医師によるオンコール対応(勤務時間外の緊急対応)などではなく、原則、救急搬送としている施設が3割程度もある⁸。これは、配置医師に「交代要員がない・バックアップ体制がない」ことなどが影響している。1か月の平均勤務時間が13.3時間の配置医師に、24時間365日の駆けつけ対応を求めることは現実的でないとの指摘もある⁹。

また、2022年9月1日時点で特別養護老人ホームから入院した高齢者のうち、協力医療機関へ入院(新型コロナウイルス感染症とそれ以外の入院の合計)した割合は56.5%にとどまり¹⁰、協力医療機関との連携体制が十分に構築されていない様子が窺える。中には、協力医療機関として、高度な医療を提供する特定機能病院を指定している特別養護老人ホームも1割ほど見られる。このようなケースでは、緊急時の相談対応や往診といった施設や入所者が協力医療機関に期待する医療内容と、医療機関が持つ医療機能とがそもそも一致していない可能性もある。

⁷ 脚注6と同じ。

⁸ 脚注6と同じ。

⁹ 厚生労働省「介護老人福祉施設・地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護(改定の方向性)」第231回社会保障審議会介護給付費分科会資料1(2023年11月16日)

¹⁰ 脚注6と同じ。

さらに、介護を必要とする高齢者が退院後の生活に安心して移れる体制に係る評価についても、利用が一部に偏っている。「入退院支援加算」を届け出る医療機関数は徐々に増加しているが、病床単位で見るとばらつきが大きい。特に、在宅復帰に向けた医療を提供する、地域一般入院料や療養病棟入院料を算定する病床で届出状況が低い¹¹。その理由として、入退院支援部門に専従・専任の看護師や社会福祉士を配置することが困難な点などが挙げられている¹²。2020年度の診療報酬改定において入退院支援部門の専従職員の常勤要件が緩和されたことに続き、2022年度の診療報酬改定では医療資源の少ない地域において、専任職員の常勤要件が緩和された¹³。だが、人材不足はあらゆる地域で深刻である。

似たような状況は「退院時共同指導料」でも見られる。多くの医療機関で退院支援に係る人材確保が難しいことから、2018年度の診療報酬改定において「退院時共同指導料」の評価対象職種が、医師や看護職員以外（薬剤師、管理栄養士、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、社会福祉士など）にも拡大された。さらに、2020年度の診療報酬改定では、「原則、対面で実施（やむを得ない場合に限り、ICT活用可）」とされていた関係者間で行う退院前の面会やカンファレンスの要件が、「必要な場合、ICT活用可」に緩和された。だが、足もとの「退院時共同指導料」の算定状況はコロナ禍前の水準よりも低くなっている¹⁴。

このように、医療・介護連携を求めるルールやその体制を評価する診療報酬・介護報酬上の仕組みはあるものの、それらが期待通りに機能しておらず、望ましい連携体制の構築につながっていない。つまり、医師等の業務負担が重いことなどから能力を十分に発揮できるかたちで医療機能の分化が進んでおらず、その結果、連携が難しくなっているということではないか。そうであれば、いくら医療・介護連携をルール化したり、それを評価する仕組みを設けたりしても実効性を持たせることは困難だろう。

専門性を発揮するためのタスク・シフト／シェアやICTの利活用

そこでまず、医療従事者のタスク・シフト／シェアやICTの活用を着実に進めることが必要だ。医師や看護師が高い専門性を発揮して、それぞれが持つ医療機能を適切に担うためには、勤務環境を改善したり、業務を効率化したりすることが欠かせないからだ。

2021年度に介護施設・福祉施設からの入院患者は年間66万例あったが、このうち75%が看護職員配置の手厚い急性期一般入院基本料を算定する病棟へ入院している¹⁵。その原因となった主な傷病は、誤嚥性肺炎や尿路感染症、うっ血性心不全などである。もちろん、高度な治療

¹¹ 2022年11月1日時点の入退院支援加算1・2の届出状況（厚生労働省「令和4年度調査結果（速報）概要」令和5年度第2回入院・外来医療等の調査・評価分科会（2023年6月8日））。

¹² 厚生労働省「令和4年度調査結果（速報）概要」令和5年度第2回入院・外来医療等の調査・評価分科会（2023年6月8日）

¹³ 厚生労働省ウェブサイト「令和2年度診療報酬改定について」「令和4年度診療報酬改定について」

¹⁴ 厚生労働省「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参考資料」令和6年度の同時報酬改定に向けた意見交換会（第1回）（2023年3月15日）

¹⁵ 厚生労働省「要介護者等の高齢者に対応した急性期入院医療 参考資料」令和6年度の同時報酬改定に向けた意見交換会（第1回）（2023年3月15日）

を要するケースや、施設内で必要な医療の提供が難しいケースも含まれるだろうが、これらの傷病のすべてで急性期病棟での治療が必須というわけではない。施設内で看護師が、医師との相談や包括的指示¹⁶の下で適切な治療を行い、入院によるリロケーションダメージ（急激な環境変化による心身のダメージ）を回避しているような施設もある¹⁷。また、配置医師が駆けつけ対応できないときには、配置医師が所属する診療所の他の医師が往診したり、市内の別の医師が駆けつけ対応等を行う体制を事前に整備したりして、配置医師の負担を軽減している事例もある¹⁸。つまり、タスク・シフト／シェアを通じて配置医師や看護師が専門性を十分に発揮できれば、不必要な急性期病棟への救急搬送を減らせるということだ。

また、入院となった場合にも、入院早期からの多職種による介入や退院に向けた調整（病院内・外の関係者との退院後の生活の継続に向けた課題の確認や方向性の決定、役割分担の確認等）により、介護を必要とする高齢者が安心して地域に戻れるようにすることが大切だ。実際、高齢者の入院の理由として多い誤嚥性肺炎では、医師が入院早期に摂食嚥下機能評価の指示を出し、多職種協働による包括的な介入で（口腔ケア、姿勢調整、早期離床、呼吸ケア、栄養ケア、食事介助、食事の段階的ステップアップ、退院支援等）早期経口摂取を開始した場合、在院日数を短縮し、退院時経口摂取率を高める可能性が示唆された¹⁹。特に高齢者のケースでは、医師の判断の下で入院早期から適切なケアが提供され、必要な場合はそれが退院後も継続されなければ、要介護度が悪化するなどして再入院となる恐れもある。タスク・シェア／シフトを一段と加速して日々の業務を効率化するほか²⁰、ICT を利活用できる場面を増やし、医師や看護師が多職種と協働して退院調整を実施しやすい環境を整備することが必要だ。

メリハリをつけた改定で望ましい医療・介護提供体制を実現する

2024年4月からは医師の時間外労働の上限規制が適用される予定であり、医師等の働き方改革は2024年度の診療報酬改定でも重点課題とみられている。タスク・シフト／シェアやチーム医療の推進、業務の効率化に資するICTの利活用の推進等を報酬上で評価していくことは、医療・介護連携においてはもちろん、医師等が健康に働き続けることのできる環境を整備する上でも欠かせない。同様に、介護においても、働きやすい環境の整備や処遇改善によって担い手を確保する取り組みが引き続き重要だ²¹。医療・介護ともに、支え手の減少や人材不足への対

¹⁶ 医師が患者の病状に応じて、看護師が実施すべき行為を一括して指示するもの。

¹⁷ 令和6年度の同時報酬改定に向けた意見交換会（第2回）議事録（2023年4月19日）

¹⁸ 医師の働き方改革ではこのような医師間のタスク・シフト／シェアであるチーム制の導入も推奨している。

¹⁹ 小山珠美、若林秀隆、前田圭介、篠原健太、平山康一、社本博、百崎良「誤嚥性肺炎患者に対するチーム医療による早期経口摂取が在院日数と退院時経口摂取に及ぼす影響」日本摂食嚥下リハビリテーション学会雑誌24巻,1号 pp.14-25（2020年4月30日）

²⁰ 医療従事者のタスク・シェア／シフトを推進するため、医師の事務作業の補助を行う専従職員を配置している体制に対する評価（医師事務作業補助体制加算）や、看護師の負担を軽減する体制に対する評価（看護補助者配置加算や看護補助体制充実加算）などがある。2024年度の診療報酬改定に向けては、例えば、医師事務作業補助体制加算の対象となる医師事務作業補助者の業務範囲を拡大することが検討されている。

²¹ 2023年11月29日に成立した2023年度補正予算において、2024年2～5月までの介護職員（常勤換算）1人当たり月額平均6,000円相当の処遇改善のための財政措置が講じられる。2024年6月以降は、介護報酬での対

応が急務である。

ただ、活力ある経済・社会を実現するには、子育て世帯を含む現役世代の保険料負担増等を最大限抑制する視点も欠かせない。そうでなければ、少子化・人口減少の流れを変えながら分厚い中間層を形成し、これからも続く超高齢社会に備えて持続可能な社会保障制度を構築することは難しいからだ。報酬改定にメリハリをつけ、質の高い医療・介護の連携体制を推進しながらも、費用全体の伸びを抑えることが重要になる²²。

医療・介護連携に関しても、例えば、介護報酬においては、早朝・夜間及び深夜にのみ加算することとされている「配置医師緊急時対応加算」について、日中であっても一定の評価を行う一方、緊急時等の対応方針について定期的な見直し（1年に1回程度）を行うこと（特別養護老人ホームに対して）や、1年間の経過措置を設けた上で、実効性のある連携体制²³を協力医療機関と構築することなどを義務化すること（介護保険施設に対して）などが議論されている（社会保障審議会介護給付費分科会）。

診療報酬でも、医師の負担軽減に資する特定行為研修修了者の活用に係る加算対象の拡大²⁴や、ICT、AI（人工知能）、IoT（モノのインターネット）を活用することによる職員の常勤や専従要件の緩和を進める一方、「地域医療体制確保加算」（地域の救急医療などを担いつつ、勤務医の適切な労務管理等を実施していることを評価するもの）について、実際に医師の時間外労働が短縮されていることを要件化する案²⁵などが論点の一つに挙がっている（中央社会保険医療協議会 総会）。

ポスト 2025 年を占う上で、2024 年度の医療・介護の同時報酬改定は、医療・介護の複合的ニーズに応える連携体制を推進できる絶好のチャンスである。「令和 6 年度診療報酬改定の基本方針」²⁶でも、「医療と介護の役割分担と切れ目のない連携を着実に進める改定とする」との方向性が明示された。報酬改定のメリハリを効かせることで、現役世代の負担増を抑えつつ、質の高い医療・介護連携を推進することが強く望まれる。

応となる見込み（「デフレ完全脱却のための総合経済対策～日本経済の新たなステージにむけて～」（内閣府、2023 年 11 月 2 日閣議決定））。

²² 診療報酬・介護報酬をそれぞれ 1%引き上げると、保険料負担は合計で約 3,000 億円増加するとみられる（財務省「社会保障」財政制度分科会（2023 年 11 月 1 日））。

²³ 連携協定を結ぶ協力医療機関には、①入所者の急変時等に、医師又は看護職員が夜間休日を含め相談対応する体制が確保されていること、②診療の求めを受け、夜間休日を含め診療が可能な体制を確保していること、③当該施設での療養を行う患者が緊急時に原則入院できる体制を確保していること、などの要件を求めることが検討されている（複数の協力医療機関で①～③を満たすことも可）。

²⁴ 2022 年度の診療報酬改定では、精神科リエゾンチーム加算、栄養サポートチーム加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、呼吸ケアチーム加算において常勤看護師に求められる適切な研修について、特定行為に係る研修が追加された。

²⁵ 地域医療体制確保加算を算定している医療機関において、時間外労働の時間が月 80 時間（年 960 時間相当）以上の医師の割合が 2020 年から 2022 年にかけて増加していた（厚生労働省「働き方改革の推進について（その 1）」中央社会保険医療協議会 総会（第 546 回）（2023 年 6 月 14 日））。

²⁶ 厚生労働省「令和 6 年度診療報酬改定の基本方針（骨子案）」第 171 回社会保障審議会医療保険部会 資料（2023 年 11 月 29 日）