

[目次]

1. 岸田政権の看護、介護、保育・福祉の賃上げ政策
2. コロナ禍のなかで進められた看護師の処遇改善
3. 2024 年度診療報酬改定で創設されたベースアップ評価料の概要と問題点
 - (1) 改定率が決まるまでの経緯
 - (2) 診療報酬本体+0.88%に折り込まれた「R6 年度にベア+2.5%、R7 年度にベア+2.0%」
 - (3) ベースアップ評価料の概要
 - (4) ベースアップ評価料の何が問題か
 - ・職種間・事業所間に格差・分断を持ち込み、賃金水準の施設間格差を拡大する
 - ・患者負担「一物多価」を招き、患者・医療者間にも分断を持ち込む
 - ・得られる収益は病院で算定開始前 1 年間の総人件費の 2.3%、診療所等で 1.2%止まり
 - ・3 ヶ月ごとの報告は医療機関の経営「見える化」に向けた下地づくり
 - ・ベア評価料が実質的な上限になり賃上げ幅を抑制、他産業との賃上げ格差を生じさせた
 - ・政府が賃上げ水準を縛り、賃金決定に関する労使自治に介入、労使の自己決定権を侵害
4. 医療労働者の賃金と診療報酬について

1. 岸田政権の看護、介護、保育・福祉の賃上げ政策

2021 年、当時の菅首相が、コロナ無策や五輪強行などにより内閣支持率が過去最低水準に落ち込むなか、次の自民党総裁選への不出馬を表明。これを受け、「コロナ対策」「新しい資本主義」「聞く力」を掲げた岸田現首相が総裁選を制し、10 月臨時国会において第 100 代首相に選出され、岸田政権が発足した。

この秋の臨時国会の所信表明演説において岸田新首相は、「成長の果実を分配することで次の成長につなげる『新しい資本主義』を実現する」と強調、分配戦略の柱の一つとして「看護、介護、保育などの現場で働いている方々の収入を増やしていく」とし、「新型コロナ、そして、少子高齢化への対応の最前線にいる皆さんの収入を増やす」「そのために、公的価格評価検討委員会を設置し、公的価格の在り方を抜本的に見直す」と表明。「緊急提言～未来を切り拓く『新しい資本主義』とその起動に向けて～」(2021.11.08)を取りまとめ、「全世代型社会保障の構築に取り組む」とことと「全世代型社会保障構築会議の下に公的価格評価検討委員会を設置」し、「公的価格の在り方の抜本的見直し」を進めることを盛り込み、11 月 9 日、全世代型社会保障構築会議と公的価格評価検討委員会の第 1 回会議を合同で開催した。

他方、これに先立つ 11 月 8 日、第 1 回「新しい資本主義実現会議」において日本経団連は、「DX」や「GX」を新たな成長分野と位置づけ、官民一体で成長市場に資源を集中的に投入することを柱とした「新しい資本主義」を推進していくためとして、「新たな全世代型社会保障構築会

議」の設置を求めていた。つまり、全世代型社会保障構築会議の設置は、財界・大企業の新たな利益追求のための経済・財政政策の一環であるという事であろう。

その全世代型社会保障構築会議の「議論の中間整理」(2022.05)は、先の「新しい資本主義・緊急提言」で打ち出した「成長と分配の好循環」を実現するため「全世代型社会保障を構築する必要がある」とし、「医療・介護提供体制の改革や社会保障制度基盤の強化の取組は必須」だとして、地域医療構想の推進、地域包括ケアシステムの整備などを「骨太の方針や改革工程表に沿って着実に進めていくべき」としている。そして、看護、介護、保育などの処遇改善を進めるに際しては、「事業報告書等を活用した費用の見える化などの促進策のパッケージ」を進めるべきとした。

以上のことから、岸田政権の「看護、介護、保育・福祉の賃上げ政策」は、「新しい資本主義」を推進していくための社会保障「改革」の一環なのであり、その「分配戦略」の一つである看護・介護・保育などの賃上げを進めるには「事業費用の見える化」が必要だとしていることが特徴である。これは、後述する 2024 年診療報酬改定をめぐる議論において、財務省が独自の「機動的調査」を根拠に「診療所経営は好調」だとし、増大する高齢者医療費の分配が問題なのであり、診療報酬はマイナス改定とすべきと主張したことに通じる。

2. コロナ禍のなかで進められた看護師の処遇改善

2021 年秋の臨時国会における岸田首相の所信表明を受け、同年 11 月に閣議決定された「コロナ克服・新時代開拓のための経済対策」において、看護職員等処遇改善事業補助金（1 人当たり月額平均 4,000 円／2022 年 2 月～9 月）が創設され、2022 年 10 月からは、診療報酬による「看護職員処遇改善評価料」（1 人当たり月額平均 12,000 円）へと続くこととなった。これらの補助金と評価料は、いずれも対象を救急医療管理加算を算定する救急搬送件数 200 台／年以上の医療機関、及び、三次救急医療機関に限定した。ひっ迫するコロナ病床を開設する重点医療機関を対象とした看護職の賃上げは、2021 年 11 月時点で、それ以降に同年夏の 2 倍の感染拡大がおこることを想定し、NHO や JCHO など公立公的病院に対し 2.7 千人のコロナ患者受入れ増を要請する状況のなか、現場に看護職員を繋ぎ留めておくために最低限必要な措置として判断されたものである。

他方、そうした中でも財務省は、この「処遇改善評価料」の創設を盛り込んだ 2022 年度政府予算編成に向けた財政審「建議」において、足元で医療従事者の処遇改善がクローズアップされているが、高齢化に伴う医療費の「自然増」は 5,400 億円に上り、全ての医療従事者を 2.5% 賃上げできる原資が確保されると主張した。2020 年度医療費は前年比 1.4 兆円減だが、補助金 2.5 兆円により医療機関経営にとっては 45 兆円の収入となっており、2021 年度も、医療費見込みに加えて措置されている補助金を足せば収入は 47 兆円程度と見込まれ、医療機関の経営実態は好調だと分析して見せた。

同時に財務省は、診療報酬改定の参考としてきた「医療経済実態調査」の精度に疑義を呈し、全医療法人が作成する「事業報告書」をアップロードで届出・公表する電子開示システムを構築し、「病床機能報告」等と連動して政策利用効果の向上を図るべきとの主張を展開した。そして、医療・福祉分野は、他国と比べ労働分配率が低く、診療報酬・介護報酬などの分配の在り方を見

直す必要があるとし、高齢化で市場が拡大する中、「マイナス改定」しても処遇改善に充てる原資は十分ある。改定財源の分配の「見える化」から始める必要があると主張した。

2021 年秋、財務省のこうした議論と並行して公的価格評価検討委員会における議論が進められ、同年 12 月の同委員会「中間整理」では、「今後の処遇改善について」の項で、看護師については、「従前より全産業平均を上回る賃金水準である看護師については、今般の経済対策（補助金による 1 人月額平均 4,000 円の処遇改善／筆者注）を踏まえ、まずは、地域でコロナ医療など一定の役割を担う医療機関に勤務する看護職員について、収入を 3 % 程度引き上げていくべきである」とするとともに、「今後は、更なる財政措置を講じる前に、（中略）国民の保険料や税金が効率的に使用され、一部の職種や事業者だけでなく、現場で働く方々に広く行き渡るようになっているかどうか、費用の使途の見える化を通じた透明性の向上が必要である」とした。

財務省の先の議論を踏まえたこの「中間整理」の言わんとするところは、要するに、医療費財源や税財源が、必要なところにピンポイントで効率的に配分される必要がある、という事であろう。コロナ禍のなか、コロナ受入れ病床確保という政策的な必要性を除けば、増大する医療費は極力抑制し、効率化する必要がある、それが全世代型社会保障のめざす「改革」なのだから、医療機関の経理情報を徹底して「見える化」し、ムダに医療費の増大をまねくようなことがないようにしなければならない、という事であろう。

同時に財務省は、医療機関の経営情報と病床機能報告を連動し、政策利用効果の向上を図るべきだと主張している。これはつまり、全世代型社会保障改革において進める医療・介護提供体制の改革、地域医療構想の推進、地域包括ケアシステムの整備、といった政策を進めるために、医療機関の経営情報と病床機能報告などを連動させ、経営情報と医療機能と人員体制を一手に掌握・管理し、政策誘導・経済誘導に効果的な配分を見通せるよう透明化を図ろうという事であろう。

こうした効率的・効果的な財源の配分、政府が必要と認める分野への「投資」の促進は、岸田政権の看板政策である「新しい資本主義」における、まさに投資・分配政策そのものである。

コロナ禍のなかで創設された看護師の処遇改善補助金と評価料は、政府が必要とするコロナ病床の確保のために必要な投資であり分配であった。さらに、今後の処遇改善においては、提供体制改革を推進するために効率的・効果的に配分されるよう、医療機関経営を透明化し、政府が必要と判断するところに効率的・効果的に財源を配分し、その財源が確実に、政府の政策推進に役立っているか管理・監視することを可能にしようという事である。

財務省が求めた医療法人の事業報告書を電子データでアップロードする仕組みは既に義務化され、2023 年 8 月以降に決算期を迎える法人から順次適用されている。現状では職種別の給与・賞与や人数は「任意項目」とされているが、収集する情報は省令以下で規定するとされており、早晚、「義務化」する方向へと向かうことは目に見えている。医療 DX を推進し、電子カルテ情報共有サービスや診療報酬の共通算定モジュールとも連動させ、医療提供の状況から医療機関経営の実態まで全てを掌握・管理する仕組みが構築されることになる。

3. 2024 年度診療報酬改定で創設されたベースアップ評価料の概要と問題点

（1）改定率が決まるまでの経緯

2024 年診療報酬改定をめぐり、「骨太の方針 2023」は、物価高騰・賃金上昇、経営状況、人材

確保の必要性、患者利用者負担・保険料への影響を踏まえ必要な対応を行うとし、経済財政一体改革に掲げた医療・介護分野の課題（医療費の地域差半減に向けた医療費適正化、地域医療構想の推進、医療 DX の推進、ヘルスケアイノベーション等）について、効果的・効率的に対応する観点から検討を行うとした。¹

一方、2024 年度政府予算編成に向けた財政審「建議」は、財務省が独自に行った「機動的調査」を根拠に、2022 年度の「診療所の経常利益率は 8.8%である一方、中小病院の経常利益率は 4.3%と大きな違いがある」とし、「医療界の現場従事者の処遇改善は重要な課題」とする一方、「過度な利益が生じている診療所の報酬単価を適正化することにより、国民の負担を軽減しつつ、同時に現場の従事者の処遇改善が可能」だとした。

さらに、「国民負担を極力抑制する」という点を強調し、診療所の報酬単価は、経常利益率が全産業やサービス産業平均（3.1～3.4%）と同程度となるよう「5.5%程度引き下げるべき」と主張し、処遇改善は、高齢化で毎年生じる単価増・収入増を原資としつつ、経営内部に積み上がった利益剰余金と賃上げ税制の活用、賃上げ実績に応じた加算措置を検討すべきだとした。

加えて財務省はこの「建議」において、診療所の地域偏在対策として、診療所過剰地域の報酬単価の引下げも主張した。地域別診療報酬が公費節減と同時に診療所の偏在是正に役に立つという暴論であるが、こうした議論の先には、2040 年を見すえた「新たな地域医療構想」における外来・在宅分野の機能分化と効率化・医療費抑制に向けた開業規制への思惑も透ける。

いずれにしろ、財務省が建議において展開した「診療所は過度な利益を上げている」という主張は、その後の「ベースアップ評価料」創設における病院と診療所の格差に影響した。

（2）診療報酬本体+0.88%に折り込まれた「R6 年度にベア+2.5%、R7 年度にベア+2.0%」

2023 年 12 月 20 日の「大臣折衝事項」により、2024 年度の改定率は、「診療報酬本体+0.88%」「薬価▲0.97%・材料費▲0.02%」とされ、ネットで 5 回連続のマイナス改定とされた。それに留まらず、この「大臣折衝事項」において、「本体+0.88%」のうち、①+0.61%は「R6 年度にベア+2.5%、R7 年度にベア+2.0%を実施していくための特例的な対応」のための財源、②+0.06%は食事療養費の改定財源、③▲0.25%は「生活習慣病を中心とした管理料、処方箋料等の再編等の効率化・適正化」とされ、「本体+0.88」からこれら①～③を除いた「+0.46%」を、「医科+0.52%」「歯科+0.57%」「調剤+0.16%」に配分するとした。しかも、この「+0.46%」についても、「+0.28%程度」は「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、歯科技工所等で

¹ 「骨太の方針 2023」 第 4 章中長期の経済財政運営 2. 持続可能な社会保障制度の構築 社会保障分野における経済・財政一体改革の強化・推進 p39:「次期診療報酬・介護報酬・障害福祉サービス等報酬の同時改定においては、物価高騰・賃金上昇、経営の状況、支え手が減少する中での人材確保の必要性、患者・利用者負担・保険料負担への影響を踏まえ、患者・利用者が必要なサービスが受けられるよう、必要な対応を行う。その際、第 5 章 2 における「令和 6 年度予算編成に向けた考え方」266 を踏まえつつ、持続可能な社会保障制度の構築に向けて、当面直面する地域包括ケアシステムの更なる推進のための医療・介護・障害サービスの連携等の課題とともに、以上に掲げた医療・介護分野の課題について効果的・効率的に対応する観点から検討を行う。

従事する者の賃上げに資する措置分」だとした。「大臣折衝事項」において改定率は「本体+0.88%」とされたが、使途に指定のない改定財源は、「+0.18%」に過ぎないということである。

従来、診療報酬改定は、①予算編成過程における「改定率」の決定、②社保審医療保険部会・医療部会における「改定の基本方針」の決定、③中医協における具体的な診療報酬点数の決定、というプロセスを経て決まるとされてきた。しかし、今回の改定は、①の大臣折衝において「本体+0.88%」の中身まで事細かに特定して改定率を決めた。これに関し、中医協調査専門組織の分科会長である九州大学名誉教授・緒方裕也氏は、これまで分権的に進められてきた診療報酬の決定プロセスが「なし崩し的」に変容させられていることに警鐘を鳴らしている²。

「社会的共通資本」とも言われる医療は、人の命に直結し、極めて高度な専門性を有し、診療報酬は、その医療が提供される医療機関の経営と運営に直結し、実際に提供される医療サービスに大きな影響を及ぼすが故に、診療報酬点数について具体的に協議する中医協は、①支払側委員（保険者・被保険者代表）と②診療側委員（医師・歯科医師・薬剤師代表）、両者の調整を担う③公益委員（国会同意人事）という「三者構成」とされてきた。ところが、今回の改定では、中医協における議論以前に、政府・財務省の意向が改定財源の使い道まで縛るものとされ、患者・国民に提供される医療技術等の財政保障を具体化する財源配分は大幅に抑制された。

しかも、政府・財務省が、改定率の決定プロセスを通じて改定財源の使途を特定した「賃上げ」は、本来は労使自治の下で使用者と労働者の協議と合意に基づき決定すべきものであり、「大臣折衝事項」において「R6 年度にベア+2.5%、R7 年度にベア+2.0%を実施」していくとした「政府目標」は、民法第 521 条 2 の「契約の締結及び内容の自由」への介入であり、医療労働者・医療経営者ら契約当事者の自己決定権を侵害するものでもある。

さらに、この「政府目標」は、医療労働者の社会的役割に相応しい賃金水準を実現する大幅賃上げには遠く及ばず、他産業との賃金格差を拡大しかねない低水準であり、結果として、実際の賃上げを「政府目標」の水準以下に抑制する役割を果たす。

また、後に詳述する賃上げ「政府目標」実現のために創設された「ベースアップ評価料」（以下「ベア評価料」）は、使途を限定し、その使途について結果報告を求める。つまり、診療報酬財源の配分を通じて、政府・財務省が賃上げ水準をコントロールし、実際に配分が実行されているかどうかを点検・管理する仕組みである。これにより、財務省が主張してきた医療費財源の分配により従事者の賃上げを実現する、そのために必要な透明化がはかられる。そして、その狙いは、医療費財源の分配の透明化により政策利用効果を点検・管理し、財源の配分そのものを効率的医療供給システムへの再編促進に効果的に活用することであろう。

（３）ベースアップ評価料の概要

新たに創設された「ベア評価料」は、医科医療機関であれば、まず「外来・在宅ベースアップ評価料Ⅰ」（以下「外来ベア評価料Ⅰ」）を算定し、入院医療機関は「入院ベースアップ評価料」（以下「入院ベア評価料」）を、また、入院のない診療所は「外来ベースアップ評価料Ⅱ」を算定する仕組みで、歯科や訪問看護ステーションについても、同様の「２階建て」で賃上げ財源を得る仕

² 日経ヘルスケア 2024 年 7 月 p48 interview 診療報酬の在り方を大きく変えた賃上げ対応

組みとなっている。

病院を例にその仕組みを概観すると、病院は、まず、初・再診時と訪問診療時に算定する「外来ベア評価料Ⅰ」を算定し、この「外来ベア評価料Ⅰ」による収入が、対象職種の人件費総額の2.3%に達しない場合に「入院ベア評価料」を算定する。「入院ベア評価料」は1~165段階に区分されており、自院の入院実績に応じて、165区分のなかから、「対象職種」人件費総額2.3%に相当する収入を「過不足なく」得ることになる区分を届け出て、当該区分の「入院ベア評価料」を算定する。これにより得られる収入は、初・再診、訪問、入院の算定回数が区分選択時の実績と変わらなければ、対象職種の人件費総額のジャスト・2.3%分が、「外来ベア評価料Ⅰ」と「入院ベア評価料」による収入合計により得られる仕組みである。

政府は、賃上げの目標を「R6年度に2.5%、R7年度に2.0%」としたが、そもそも、今年度の賃上げ財源としてベア評価料により得られる収入は、この政府目標に及ばない。不足分は、初再診料や入院基本料の引き上げによる増収や、賃上げ税制の活用により、各医療機関の努力で積み上げてください、というのが政府の説明である。

また、政府目標は2年度連続のベア実施を掲げるが、2024年度にベア評価料収入の全額を本給の引き上げや手当の創設による賃金改善に充当してしまえば、2025年度にさらに賃上げを行う（政府目標ではR7年度2%）財源は何処にもない。厚労省は、2024年度のベア評価料収入の一部を翌年度の賃上げ財源に繰り越すことを認めているが、この場合、24年度の賃上げ幅は減り、その減った分だけ、翌年度に賃上げを行う財源に充当できるというだけであって、2年度に渡る賃上げにより引き上げられる賃金の水準は、結局、どちらも同じである。要するに、政府が言うように医療機関の努力で別財源を積み上げない限り、2024年度からのベア評価料の算定により得られる、前年の賃金総額の2.3%分の財源以上のものはないのである。

ベア評価料は3ヶ月に一度、実績報告を行うこととされている。報告時点から遡る1年間の人件費総額や、遡る3か月間の初・再診料や延べ入院患者数を報告するのであるが、病院の場合で言うと、算定する「入院ベア評価料」の区分がこの報告により変更になることは、まず考えられない。なぜなら、「いずれの変化も1割以内である場合においては、区分の変更を行わない」というのが施設基準となっているからである。自院の実績に応じて一旦申請した区分が変更になることのない仕組みであるにも関わらず、3ヶ月に一度の実機報告を求める目的は、医療機関の診療実績と人件費への分配の把握と管理のため以外にはないであろう。

また、算定前には賃金改善計画を、年度終わりには実施報告を提出し、ベア評価料により得られた財源は、賃金以外には使えない。診療報酬が医療機関の収入となった後、その収益の使途についてまで縛るものは、他には「看護職員処遇改善評価料」以外には存在しなかった。

（４）ベースアップ評価料の何が問題か

以上のような仕組みの報酬として創設されたベア評価料は、現場レベルで様々な問題や矛盾を引き起こしている。以下に改めてその問題点を整理する。

●職種間・事業所間に格差・分断を持ち込み、賃金水準の施設間格差を拡大する

同じ医療機関の職員でも専ら事務に従事する職員や医師は対象から除外され、病院と診療所・

歯科診療所・訪問看護 ST で得られる賃上げ財源の水準が異なり、保険薬局は対象外である。その結果、職種間・事業所間に格差と分断を持ち込むことになる。また、対象職種の賃金総額を元に評価料収入が算出される仕組みであるため、施設間のもととある賃金格差は一層拡大する方向に作用し、施設間格差を拡大する。

●患者負担「一物多価」を招き、患者・医療者間にも分断を持ち込む

提供される医療内容は同じであっても、外来ベア評価料Ⅱ：8 区分、入院ベア評価料：165 区分と、医療機関の診療実績の違いにより算定区分が異なり、結果、同一診療内容で患者負担が異なる「一物多価」という事態を招く。算定回数が多い＝患者数が多い医療機関ほど、区分は低くなり、患者負担は少なくなる。また、患者負担増への忌避感、医療従事者のベア財源確保をめぐる患者・医療従事者間に分断を生じさせることにもつながる。

●得られる収益は病院で算定開始前 1 年間の総人件費の 2.3%、診療所等で 1.2%止まり

ベア評価料により得られる賃上げ財源は、算定開始前 1 年間の対象職種の総人件費に対し、病院で 2.3%、診療所等で 1.2%まで。3 ヶ月ごとに区分の計算・届け出が必要とされるが、データや計算結果の「変化が 1 割以内」であれば区分変更はなく、仮に患者が 1 割以上増えれば区分は下がり、ベア評価料による収入額は変わらない。今年度、算定を開始したベア評価料財源の全額をベアや手当の新設に充当した場合、2025 年度の賃上げ財源はベア評価料では確保されない。

●3 ヶ月ごとの報告は医療機関の経営「見える化」に向けた下地づくり

区分変更においてほぼ無意味であるにもかかわらず、3 ヶ月ごとに人件費総額・初再診料算定回数・延べ入院患者数を報告させる仕組みは、財務省が求めてきた、増える医療費の分配の詳細を把握・管理・コントロールし、医療費を抑制しつつ政府が必要と考えるところにだけ資源を配分する仕組みの構築に向けた下地づくりである。

●ベア評価料が実質的な上限になり賃上げ幅を抑制、他産業との賃上げ格差を生じさせた

政府は、賃上げ目標を「2024 年度 2.5%、2025 年度 2.0%」とし、その財源を措置したかのようと言うが、実際は、ベア評価料で得られる賃上げ財源は、病院で 2.3%賃上げ分、診療所等で 1.2%賃上げ分に留まる。コロナ補助金の廃止など、経営的に厳しくなる中、ベア評価料で得られる財源が実質的には賃上げの上限となり、結果として、その不十分さが今春の他産業の賃上げ 4～5%との格差を生じさせる要因となり、医療と他産業の賃金格差を拡大する方向に作用している。

●政府が賃上げ水準を縛り、賃金決定に関する労使自治に介入、労使の自己決定権を侵害

そもそも賃金は、使用者と労働者の合意に基づく雇用契約の内容に属するもので、労使自治の下、双方の自己決定権を踏まえた対等の協議を通じて内容が決定されるべきもの。ベア評価料により病院 2.3%、診療所 1.2%という賃上げ水準を国が左右する仕組み自体、実質的な労使自治への介入であり、労使の自己決定権の侵害である。

岸田政権は、ケア労働者の賃金は公的価格により決まると明言してきた。そして、医療労働者の賃上げ水準を政府が抑制的にコントロールするために、このように数々の問題をはらむベア評価料を制度化した。しかし、ケア労働者の賃金改善は、その財源を基本診療料の引き上げにより保障し、賃上げ水準の決定は労使交渉にゆだねるのが本筋である。来春闘に向けて、ベア評価料の問題点を社会的に明らかにし、ベア評価料は廃止しその財源は基本診療料に組み込むこと。2025年度の賃上げ財源を保障する基本診療料の大幅引き上げを行うことを求め取り組みを強化すべきである。

4. 医療労働者の賃金と診療報酬について

京都府保険医協会は、9月25日付で「療養の給付と診療報酬制度の意味を再確認する ―医療サービスの保障を前進させるために」³を公表した。今次改定で創設されたベア評価料と「医療DX推進体制加算」に対する「違和感」を表明し、二つの新報酬はこれまでの診療報酬の定義と照らして「共通の合意点からは大きくはみ出したもの」だと指摘している。厚労省はこれまで、診療報酬を「保険医療機関および保険薬局が保険医療サービスに対する対価として保険者から受け取る報酬」と定義してきたが、二つの新報酬が対象とする「医療従事者の賃上げやオンライン資格確認による情報共有の推進は『保険医療サービス』自体とは到底言えない」との指摘である。

厚労省の定義に従えば、診療報酬は「医療サービスの対価」として医療機関が受け取るものであるが、ベア評価料について言えば、この「報酬」は「医療サービスの対価」ではなく、単に前年人件費総額の1.2%ないし2.3%相当を保険者から受け取るものである。受け取る額に過不足が生じないよう、各医療機関で異なる人件費総額と診療実績に応じて外来ベア評価料Ⅱ：8区分、入院ベア評価料：165区分のなかから該当区分を届出て、患者負担において「一物多価」を生じさせる。提供される医療サービスは同じで、患者の自己負担額が変わるという事が、ベア評価料が「医療サービスの対価」ではない事を示している。

「診療報酬は医療サービスの対価」であるのに対し、ベア評価料が対象とする医療労働者の賃金は、医療労働者が提供する「労働力の対価」である。また、医療サービスは医療従事者の労働＝「医療労働」の生み出す専門的・技術的サービスである⁴。

つまり、診療報酬は、医療労働が生み出す専門的・技術的サービスへの対価であり、医療労働者の労働力は、診療報酬が対象とする医療サービスの重要な構成部分ではあるが全部ではなく、従って、医療サービスの対価として支払われる診療報酬を医療労働者の賃金に結び付けるのは診療報酬制度に変質を持ち込むことになるということであろう。医療サービスが提供されるためには、医療労働者の労働力と共に施設・設備・医療材料等々が必要であり、医療労働者を雇用する使用者の所有する資産と医療労働者の提供する労働力が結びついて医療サービスの提供が可能となり、診療報酬はその対価として支払われるものである。

そして、その改定は、高度に専門的でいのちと健康に直結するものであるだけに、三者構成の

³ <https://healthnet.jp/informations/informations-48147/>

⁴ 社会福祉辞典（大月書店刊）。日野秀逸氏の定義。京都府保険医協会「「療養の給付と診療報酬制度の意味を再確認する」より

中医協で慎重に議論し決定されるべきところ、官邸と財務省の意向を挟む大臣折衝の段階で大半の改定財源を政権の意図する賃金引き上げに使う事を、それまでの改定ルールをなし崩しに歪めて差し挟み具体化されたのがベア評価料である。その狙いは、医療費、社会保障費を抑制するため、政府が抑制的に管理・コントロールできる賃上げの仕組みを医療機関経営の詳細を「見える化」するなかで構築していこうとするものである。医療機関経営の「見える化」にさしたる異論はないが、医療や医療労働者の賃金を政府がコントロールする仕組みには断じて賛成できない。

診療報酬制度は、国民への医療の現物給付を可能とする医療提供システムを財政的に保障するものであるべきで、時の政権の思惑で左右されるようなものに変質させてはならない。本来「医療サービスの対価」として支払われ、医療機関が現物給付する「療養の給付」を保障するための財源が、医療サービスとは無関係な国策遂行に流用され、「療養の給付」が抑制されたのが今次改定におけるベア評価料と DX 加算である。このような在り方自体の転換が必要であり、「現物給付」により「必要充足原則」を保障する診療報酬制度への抜本改革を求める京都府保険医協会の主張には大いに賛同する。

医療サービスは、「チーム医療」と言われる通り、医師・看護師はじめ多職種により患者に提供される多様な専門的サービスの総体であり、そこでは、医療労働者の労働力とともに提供される場の施設・設備、機械・器具、薬剤・治療材料や、最適・最良の医療サービスを提供するための練度・情報・知見等々が必要で、診療報酬は、全体としてそれらの人件費や物件費を保障し、サービスの再生産とたゆまぬ質向上とその探求を可能とする水準でなければならない。

また、医療労働者の賃金は、医療労働者が提供する労働力の対価であり、労働力の価格である賃金は、その労働力の再生産を可能とする水準でなければならない、賃金水準の引き上げを意図した制度を創設するのであれば、その最適水準への引き上げを実現するものとしていく事が求められる。医師を除くすべての医療従事者について、すべての医療機関において、少なくとも人事院の定めた医療職俸給表の水準以上を実現する財源を、診療報酬の基本診療料により保障することが必要である。

最も従事者数の多い看護職に適用される医療職（三）表については、国策として推進されている特定行為研修修了者への適用を想定した職務基準表の改定により、政府が重点とする「在宅・地域」「新興感染症対応」「医師からのタスクシフト」の受け皿となるためにリ・スキリングする場合には賃金が上がる仕組みがつくられている。しかし、今求められているのは、「新しい資本主義」とその下での「全世代型社会保障改革」を推進するため岸田政権が進めてきた、政府による抑制的賃金コントロール政策である「看護、介護、福祉・保育の賃上げ政策」ではなく、少子・高齢化が進む下で求められる国民のいのち・暮らしを支えるケア労働を、質的にも量的にも抜本的に改善するケア労働者の大幅増員とそれを実現する抜本的な賃金底上げである。看護職について言えば、リ・スキリングのみ対象とする賃金政策ではなく、従事者数の最も多い 30 歳代～40 歳代で大卒一般事務職と比べ 7 万円もの賃金格差がある、その水準の抜本的な底上げである。

また、実際には賃金は、労働力市場における需給バランスによってもその水準が左右され、賃金を支払う使用者にとっては、自己の資産と雇用する労働者の労働力が結びつき提供された医療サービスの対価として支払われる報酬で得た所得の費用分配でもある。診療報酬は、「医療従事者の労働の対価であるとともに、国民が受ける医療サービスの基準であり、また、地域医療確保の

原資である」⁵とも言われる。地域医療を確保するためのマンパワーを個別医療機関が労働力市場から調達できる水準の賃金を、使用者が診療報酬で得た所得のなかから配分できるよう担保することが診療報酬には求められる。それに対応する報酬は、政府が管理コントロールするベア評価料のような仕組みではなく、基本診療料による財源保障であるべきである。ベア評価料は廃止し、財源は基本診療料に積み増しすべきである。

今後、少子・高齢化がいつそう進展することはもはや避けられない。生産年齢人口が減少する下で医療マンパワーを確保していくには、その労働力市場の状況をふまえた相応の賃金水準を実現していく事が不可欠である。それを可能とする診療報酬の大幅引き上げが求められる。

以上

⁵ 社会福祉辞典（大月書店刊）。朝日健二氏の定義。京都府保険医協会「「療養の給付と診療報酬制度の意味を再確認する」より