

医療経営の“いま”を追う

# FRONTIER

Vol.14

かかりつけ医機能の評価、医療と介護の連携強化が柱  
2024年度診療報酬改定のポイントを解説

# かかりつけ医機能の評価、医療と介護の連携強化が柱 2024年度診療報酬改定のポイントを解説

2024年度診療報酬改定の個別改定項目案が1月26日、明らかになった。

次期改定は6年に一度の介護報酬との同時改定であり、

これから2040年に向けては医療と介護のニーズを併せ持つ高齢者の急増と生産年齢人口の激減に伴う医療・介護従事者の減少が見込まれる。

次回改定は限られた人材で増え続ける高齢者を支える道筋をつける改定であり、

医療と介護の連携強化や、その橋渡し役となるかかりつけ医の評価、ICT化の推進などが柱になる。

本稿は2024年1月26日時点の情報に基づいて作成

## 生活習慣病の管理を軸にした、かかりつけ医機能関連報酬の整理が課題

かかりつけ医機能の評価では既に「地域包括診療料・加算」や「機能強化加算」など複数の診療報酬が存在する。中央社会保険医療協議会では、これらの整理が検討課題の一つとなっていた。特に注目を集めているのが、生活習慣病患者の医学管理を「生活習慣病管理料」と「特定疾患療養管理料」のどちらで評価するか、という点だ（図表1）。

「生活習慣病管理料」は診療所や200床未満の病院が高血圧症、糖尿病、脂質異常症の患者に総合的な管理を行った場合の評価だが、算定手続きの煩雑さなどがネックとなり、普及が進んでいない。その代わりに算定されているのが「特定疾患療養管理料」とみられ、主傷病がこれら3疾患の外来受診では、「特定疾患療養管理料」の算定回数が「生活習慣病管理料」を大きく上回る。

厚労省は「特定疾患療養管理料」の算定施設の3~4割が在宅療養支援診療所（在支診）や「時間外対応加算」の届出を行っていないことから、かかりつけ医機能はさほど高くないと判断。これを論拠に「特定疾患療養管理料」の対象疾患からの生活習慣病の除外を決めた。

「生活習慣病管理料」は名称を「生活習慣病管理料（Ⅰ）」に変更。療養計画書の簡素化や、少なくとも月1回以上の診療を求める要件の廃止など、医療機関にとって使い勝手のよい評価となるよう算定要件を緩和する。検査等を含めない算定区分の「生活習慣病管理料（Ⅱ）」も新設する。その上で、症状の安定した生活習慣病患者でのリフィル処方箋の活用や長期処方の推進を目的に、（Ⅰ）、（Ⅱ）共通の要件として、リフィル処方箋や長期投薬に対応可能なことの院内掲示や、患者から要望があった場合に適切に対応することを求める。

また（Ⅰ）、（Ⅱ）とも「外来管理加算」は管理料に含まれる扱いとし、併算定は認めない。「外来管理加算」を巡っては審議を通じ、廃止を求める支払側とそれに反発する診療側の激しい対立が続いていた。

医療DXではオンライン資格確認のための体制整備が概ね完了したことを受け、既存の「医療情報・システム基盤整備体制充実加算」を初・再診時の診療情報等の取得・活用に対する評価に改め、名称も「医療情報取得加算」に変更。電子処方箋や電子カルテ等を導入した医療機関の評価として別に「医療DX推進体制整備加算」を新設する。

図表1 かかりつけ医機能に関する評価等の対象患者

	加算の趣旨	対象患者（疾患等）
地域包括診療加算 地域包括診療料	かかりつけ医機能	高血圧症、糖尿病、脂質異常症、慢性心不全、慢性腎臓病（慢性維持透析を行っていないものに限る。）又は、認知症の6疾病のうち2つ以上（疑いは除く。）
認知症地域包括診療加算 認知症地域包括診療料	かかりつけ医機能	以下の全ての要件を満たす認知症患者 ・認知症以外に1以上の疾病を有する（疑いは除く） ・同月に、当該保険医療機関において「1処方につき5種類を超える内服薬」「1処方につき抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬及び睡眠薬を合わせて3種類を超えて含むもの」のいずれの投薬も受けていない患者
小児かかりつけ診療料	かかりつけ医機能	当該保険医療機関を4回以上受診した未就学児（6歳以上の患者にあつては、6歳未満から小児かかりつけ診療料を算定しているものに限る。）の患者であつて入院中の患者以外のもの。
機能強化加算 生活習慣病管理料	かかりつけ医機能 疾患管理	特段の要件なし（初診料算定時）。 脂質異常症、高血圧症、糖尿病
特定疾患療養管理料	治療計画に基づき、服薬、運動、栄養等の療養上の管理を行った場合の評価	結核、悪性新生物、甲状腺障害、処置後甲状腺機能低下症、糖尿病、スフィンゴリピド代謝障害及びその他の脂質蓄積障害、ムコ脂質症、リポ蛋白代謝障害及びその他の脂（質）血症、リポジストロフィー、ローノア・ベンソード腺脂肪腫症、高血圧性疾患、虚血性心疾患、不整脈、心不全、脳血管疾患、一過性脳虚血発作及び関連症候群、単純性慢性気管支炎及び粘液膿性慢性気管支炎、詳細不明の慢性気管支炎、その他の慢性閉塞性肺疾患、肺気腫、喘息、喘息発作重積状態、気管支拡張症、胃潰瘍、十二指腸潰瘍、胃炎及び十二指腸炎、肝疾患（経過が慢性なものに限る。）、慢性ウイルス性肝炎、アルコール性慢性肝炎、その他の慢性肝炎、思春期早発症、性染色体異常

【出典】中央社会保険医療協議会 総会（第563回 2023/11/10）《厚生労働省》

## 「生活」の視点を取り入れた医療を目指し、ケアマネとの連携を強化

医療と介護の連携では、中央社会保険医療協議会と社会保障審議会・介護給付費分科会の意見交換の場で、医療関係者は「生活」の視点、介護関係者は「医療」の視点が不足しており、互いを補い合うためには主治医と介護支援専門員の連携を今以上に深める必要があるとの指摘があった。

実際、介護保険の主治医意見書の作成に対応している医療機関は多いが、サービス担当者会議への参加や、介護支援専門員の相談に応じるための時間を確保している医療機関は、「地域包括診療料・加算」の届出施設でも5割程度にとどまる **図表2**。

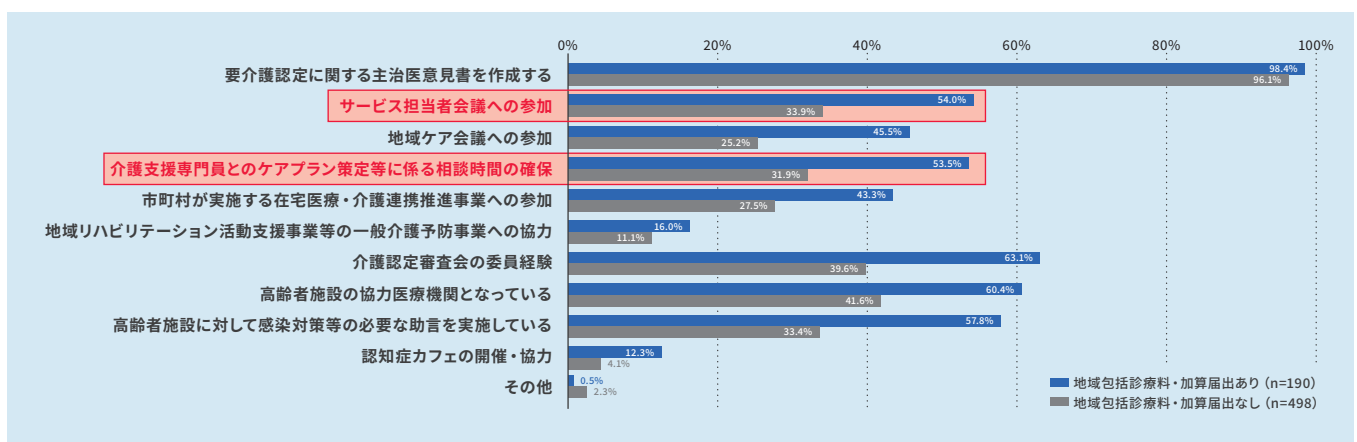
こうした実態を踏まえ、「地域包括診療料・加算」は、かかりつけ医と介護支援専門員の連携を強化するための方策として、▼サービス担当者会議や地域ケア会議への参加実績がある▼介護支援専門員と対面もしくはICT等での相談の機会を設けている一のみず

れかを満たすことを施設基準で新たに求める。

高齢者の対応では在宅医療の推進も最重要課題の一つだが、在宅診療以外の診療所の在宅医療参入を狙って創設した「在宅療養移行加算」(旧継続診療加算)の届出は2022年時点で450施設にとどまる。届出できない理由で最も多いのが、施設基準の「24時間の往診体制の確保」。在宅診療の届出も同様の理由で伸び悩んでいる。

高齢化も進む診療所の医師が1人で24時間対応を行うことには無理がある。このため在宅診療等とそれ以外の医療機関の連携を一層促進。「在宅療養移行加算」は病院を対象に追加するとともに、平時から在宅診療等と24時間の連携体制を構築している場合の評価を見直す。在宅診療等側では、連携先医療機関の在宅患者の急変時に往診を行った場合の評価(往診時医療情報連携加算)を新設する。

図表2 介護との連携についての取り組み



[出典] 中央社会保険医療協議会 総会 (第563回 2023/11/10) 《厚生労働省》

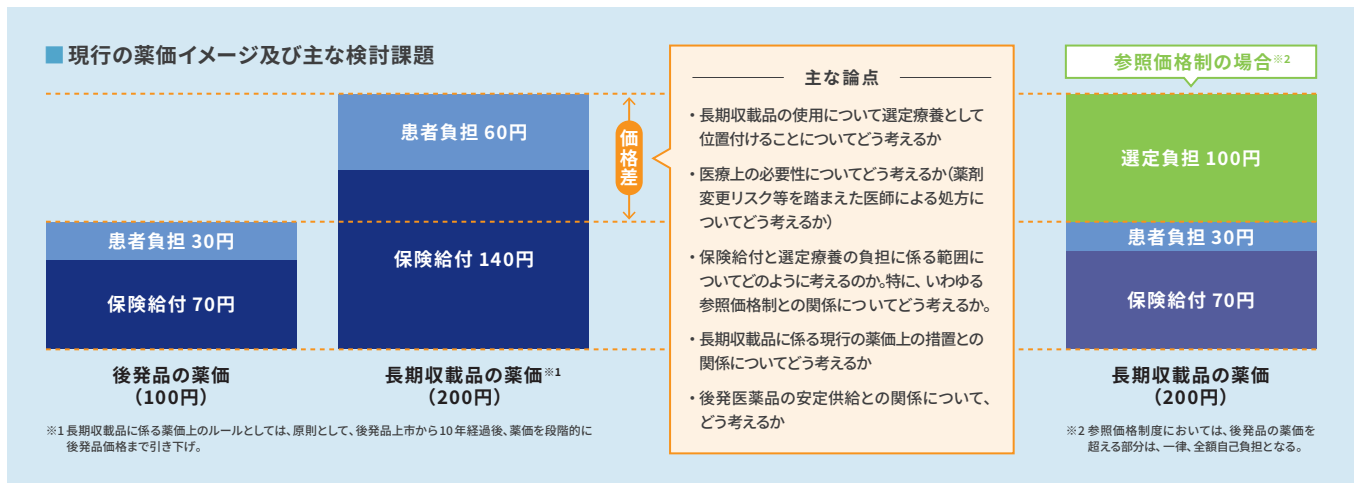
## 長期収載品は後発医薬品の薬価を上回る費用の一部を患者負担に

診療報酬に合わせた制度改正も実施される。その中で影響が大きいと考えられるのが、後発医薬品の使用促進を目的とした長期収載品(後発医薬品のある先発医薬品)の保険給付範囲の見直しだ。具体的には、長期収載品の使用を紹介状なしで大病院外来を受診した場合と同じように「選定療養」に位置づけ、後発医薬品のとの価格差の1/4を患者の追加負担とする。患者負担の水準については、後発医薬品の薬価を超える費用を全額患者負担とす

る案(参照価格制度)も出ていたが、患者負担の増加に配慮し、見送った **図表3**。

また、2024年度から診療報酬改定(本体と医療材料価格)の施行時期が6月1日に変更される。これまで改定前後に集中していたシステム改修作業を平準化し、医療機関のコストと事務負担の軽減につなげることが狙い。介護報酬の施行時期も、医療と関連が深い訪問看護、訪問・通所リハなど一部サービスは6月施行となる。

図表3 長期収載品の保険給付のあり方の見直しに関する具体的論点



[出典] 社会保障審議会 医療保険部会 (第170回 11/9) 《厚生労働省》



## マイナ保険証利用促進のための医療機関の支援事業はどのような内容になりますか？

2023年度補正予算で、患者にマイナ保険証の利用を勧めるなど、マイナ保険証の利用率向上に貢献している医療機関を対象にした支援金制度が創設されると聞きました。詳しく教えてください。



## 2023年10月の実績を基準に初診・再診におけるマイナ保険証の利用率が一定割合以上増加した医療機関に対し、増加率に応じた支援額が支払われます。

2023年4月の医療機関へのオンライン資格確認等システム導入の原則義務化で、マイナ保険証に対応する医療機関側の体制整備はある程度目処がつかしました。そこで、国は次のステップとして、国民・患者にマイナ保険証を使うメリットを周知し、利用を勧奨する取り組みを進めています。

今回の支援事業もこうした取り組みの一環として実施するもので、医療機関にインセンティブを付与することで、医療現場における患者への働きかけを強化する狙いがあります。

支援の対象になるのは、2024年1～11月の間に初診・再診におけるマイナ保険証の利用率が一定割合以上増加した医療機関です。対象期間を前半5カ月(1～5月)と後半6カ月(6～11月)に分け、それぞれの平均利用率を基準となる2023年10月の実績と比較。その増加割合に応じて単価を決定し、これに総利用件数を乗じた額が支援金として、前半と後半の年2回、医療機関に支払われます。

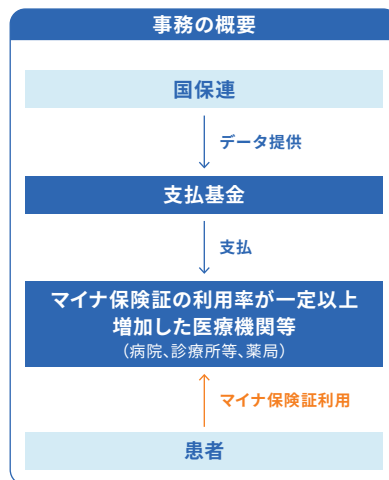
利用件数1件当たりの支援金単価は、2023年10月の利用率からの増加割合が5ポイント以上の場合の20円から50ポイント以上の場合の120円まで、20円刻みで6段階に設定されています(前半期間の場合、後半期間は10ポイント以上からの5段階)。

支援額は社会保険診療報酬支払基金がレセプトデータを基に算出し、医療機関に支払います。このため医療機関側に平均利用率の算出・比較や支給申請といった事務手続きが生じることはありません。

このほか、2023年10月から2024年3月までのいずれかの月のマイナ保険証の利用総件数が500件以上の医療機関を対象に、顔認証付きカードリーダーの増設費用の一部を補助する事業も創設されます。診療所の補助対象はカードリーダー1台まで、補助上限額は27万5,000円となります。

### 支援金の支給額と支給までの流れ

2023.10の利用率からの増加量	支援額	
	対象期間(2024.1~5)	対象期間(2024.6~11)
5%pt以上	20円/件	—
10%pt以上	40円/件	40円/件
20%pt以上	60円/件	60円/件
30%pt以上	80円/件	80円/件
40%pt以上	100円/件	100円/件
50%pt以上	120円/件	120円/件



【出典】マイナ保険証利用促進のための医療機関等への支援について《厚生労働省》

### 提供

株式会社日本経営 メディアコンテンツ事業部  
厚生政策情報センター  
事業：医療、医療、健康、  
介護等に関する情報提供  
HP：<https://nkgr.co.jp/>  
住所：東京都品川区東品川2-2-20  
天王洲オーシャンスクエア22F

■本資料は、医療経営、医療制度、医療承継およびその他医療関連のトピックス等について十分な知見を持っているとみずほ証券(以下当社)が判断した第三者/機関に執筆依頼のうえ、当該トピックス等の紹介や解説およびその効果等に関する説明等を目的に作成されたものです。したがって、当社は明示、黙示を問わず内容の

正確性・完全性およびお客さまへの適合性について保証するものではありません。また、別段の表示のない限り、作成時点の法令に基づくものであり、将来、法令・制度の改正および解釈の変更がなされる可能性もあることにご留意ください。なお、執筆者/執筆元はみずほ証券の関連会社ではありません。

■本資料は、お客さまへの情報提供を目的としたものであり、金融商品の取引を勧誘・推奨するものではありません。

■当社は、本資料の具体的な内容についてのご質問等にお答えすることはできません。また、当社からの執筆者/執筆元に対するお取り次ぎ等もできません。

■本資料に記載されるサービス等を実際にご検討の際には、今後の制度改革の動きに加え、具体的な実務や法解釈の動向およびお客さまの個別の状況等に十分ご留意いただき、必要に応じて、所轄の税務署や弁護士・公認会計士等の専門家などにご相談のうえ、お客さまご自身の責任・判断をもって行っていただきますよう、お願い申し上げます。

■本資料に記載される内容の複製ならびに第三者への提供は、ご遠慮ください。