

中部医業経営サポート主催
院長を支える奥様のための勉強会

令和6年1月23日

14:00 - 16:00



診療報酬等の改定について

- 健康保険証の廃止を定めるマイナンバー法等の一部改正法について、施行期日を令和6年12月2日とする施行期日政令が閣議決定・公布。
現行の健康保険証の発行については、令和6年12月2日より終了し、マイナ保険証を基本とする仕組みに移行。

MAC&BPミッドランド税理士法人

日本医業経営コンサルタント協会
愛知県支部 支部長
認定登録コンサルタント

木村 則広

現職 MAC&BPミッドランド税理士法人 BP医業本部 情報企画室 室長

資格 公益社団法人 日本医業経営コンサルタント
認定登録医業経営コンサルタント 登録番号 第4334号

公益社団法人 日本医業経営コンサルタント 愛知県支部 支部長
愛知県医療勤務改善支援センター 運営協議会 委員

経歴 名古屋市生まれ、名古屋育ち そして現在まで

大学卒業 (株)スズケン 入社～定年退職

職歴として 医療機器の開発、営業

新規開業サポート(医療機器営業として)

コンサルティング部へ移動後

公益社団法人 日本医業経営コンサルタント

認定登録医業経営コンサルタントを取得後20数年

2014年10月 税理士法人ブレインパートナー 入所

2019年10月 日本医業経営コンサルタント学会愛知大会 学会長

2020年12月 経営統合により MAC&BPミッドランド税理士法人



協会けんぽの健康保険証(被保険者証)

(被保険者)

健康保険 被保険者証	本人(被保険者)	00487
	令和2年4月10日交付	
記号	21700023	番号 1 (枝番) 00
氏名	キウカイ タロウ 協会 太郎	
生年月日	平成元年5月10日	
性別	男	
資格取得年月日	令和2年4月1日	
事業所名称	株式会社〇〇〇〇〇〇〇〇	
保険者番号	999999999	
保険者名称	全国健康保険協会 〇〇支部	
保険者所在地	〇〇市〇〇町9-99-99	



(被扶養者)

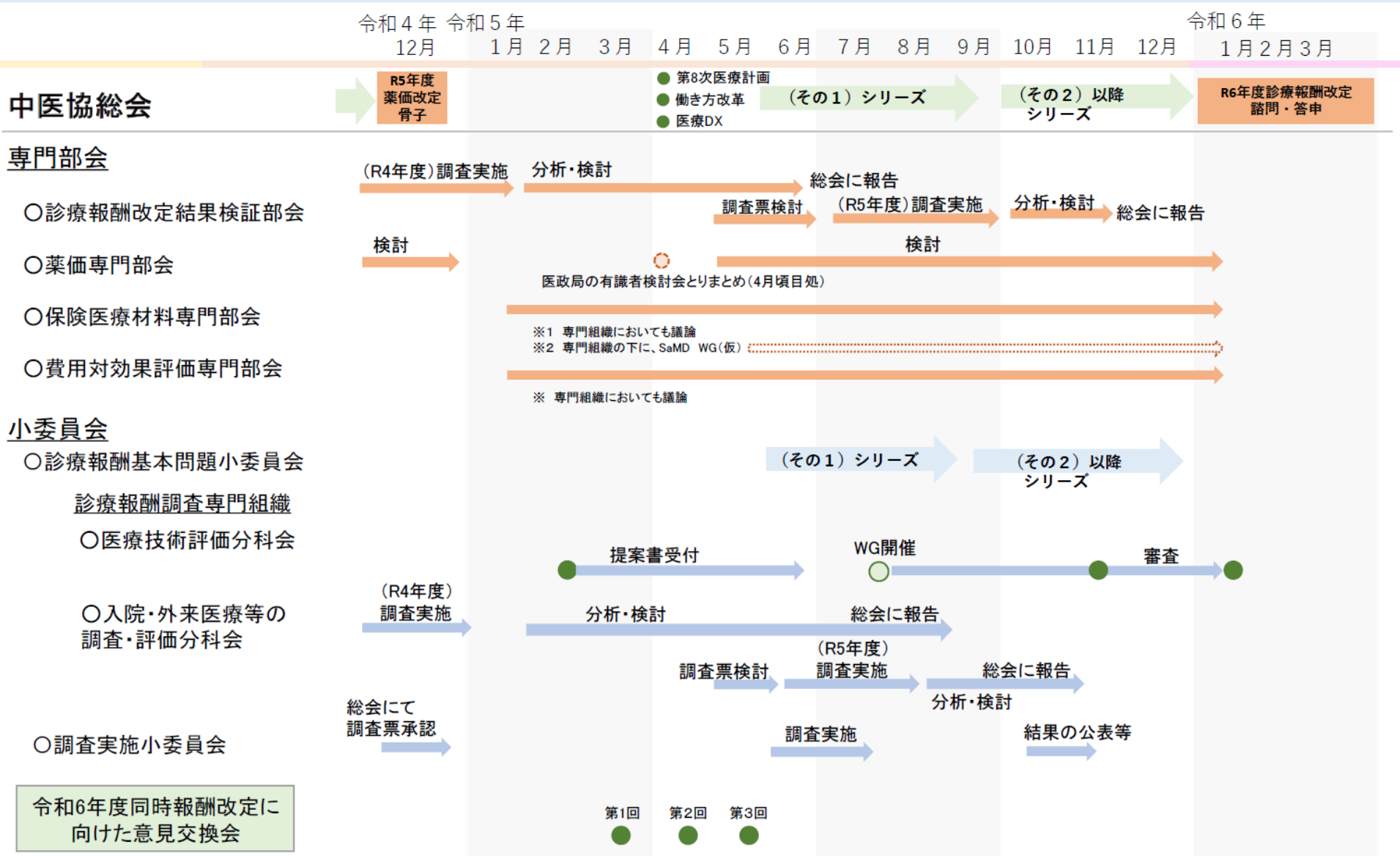
健康保険 被保険者証	家族(被扶養者)	01324
	令和2年4月10日交付	
記号	21700023	番号 1 (枝番) 01
氏名	キウカイ ハコ 協会 花子	
生年月日	平成元年10月1日	
性別	女	
認定年月日	令和2年4月1日	
被保険者氏名	協会 太郎	
事業所名称	株式会社〇〇〇〇〇〇〇〇	
保険者番号	999999999	
保険者名称	全国健康保険協会 〇〇支部	
保険者所在地	〇〇市〇〇町9-99-99	



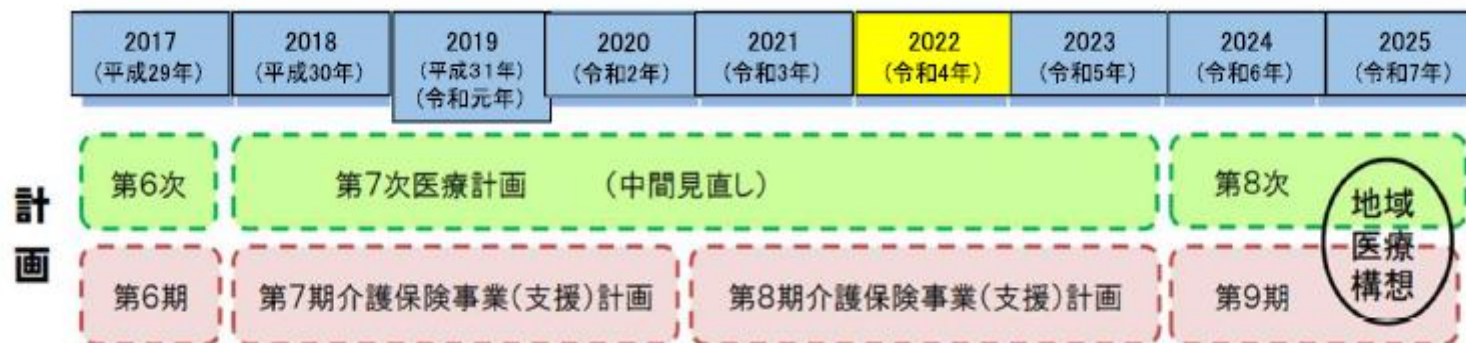
○ 健康保険証の廃止を定めるマイナンバー法等の一部改正法について、施行期日を令和6年12月2日とする施行期日政令が閣議決定・公布。

現行の健康保険証の発行については、令和6年12月2日より終了し、マイナ保険証を基本とする仕組みに移行。

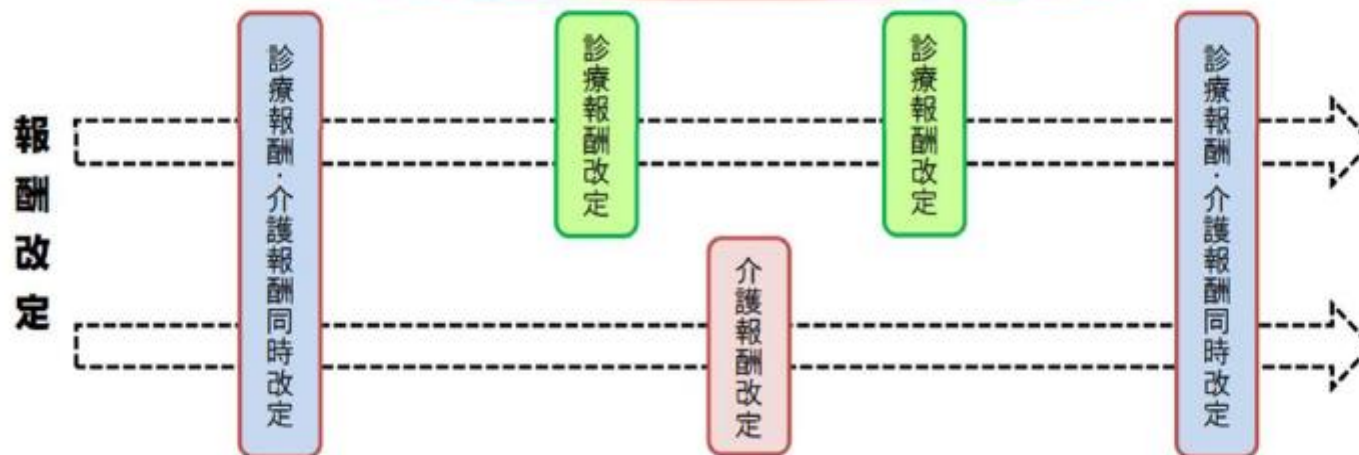
令和6年度診療報酬改定に向けた中医協等の検討スケジュール（案）



医療・介護分野における2025年に向けたスケジュール

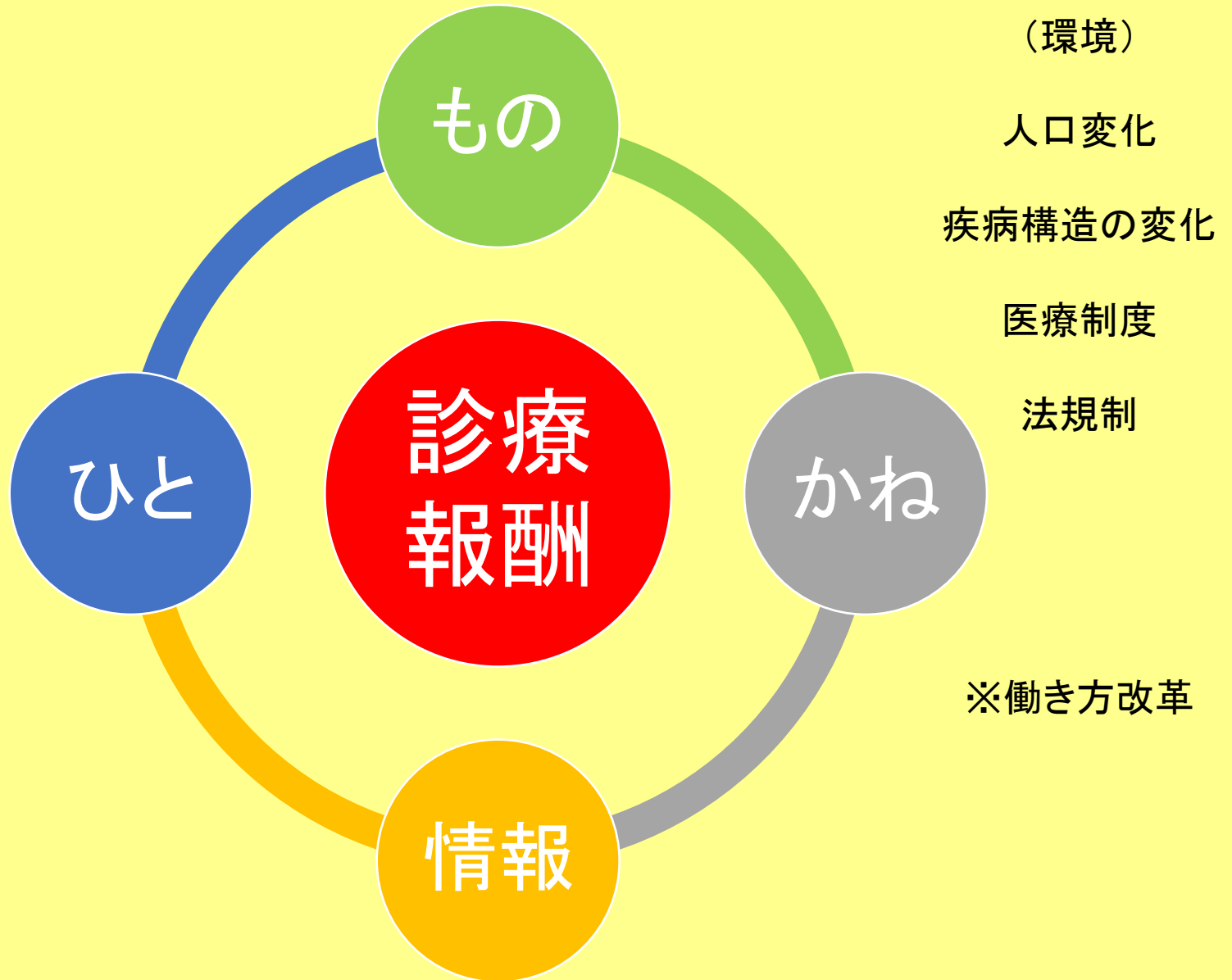


医療機能の分化・連携と地域包括ケア提供体制の構築を一体的に推進
※データヘルス、介護ロボット、人材確保・働き方改革等の視点とともに



医療計画及び介護保険事業(支援)計画の整合的な策定について

クリニック経営



令和6年度(2024年度)の報酬改定とは

医療、介護、障害福祉サービスの報酬を同時改定

(6年に1度のトリプル改定)

ポスト2025年を見据えた医療・介護提供体制の姿を想定

改定のポイントとしては、

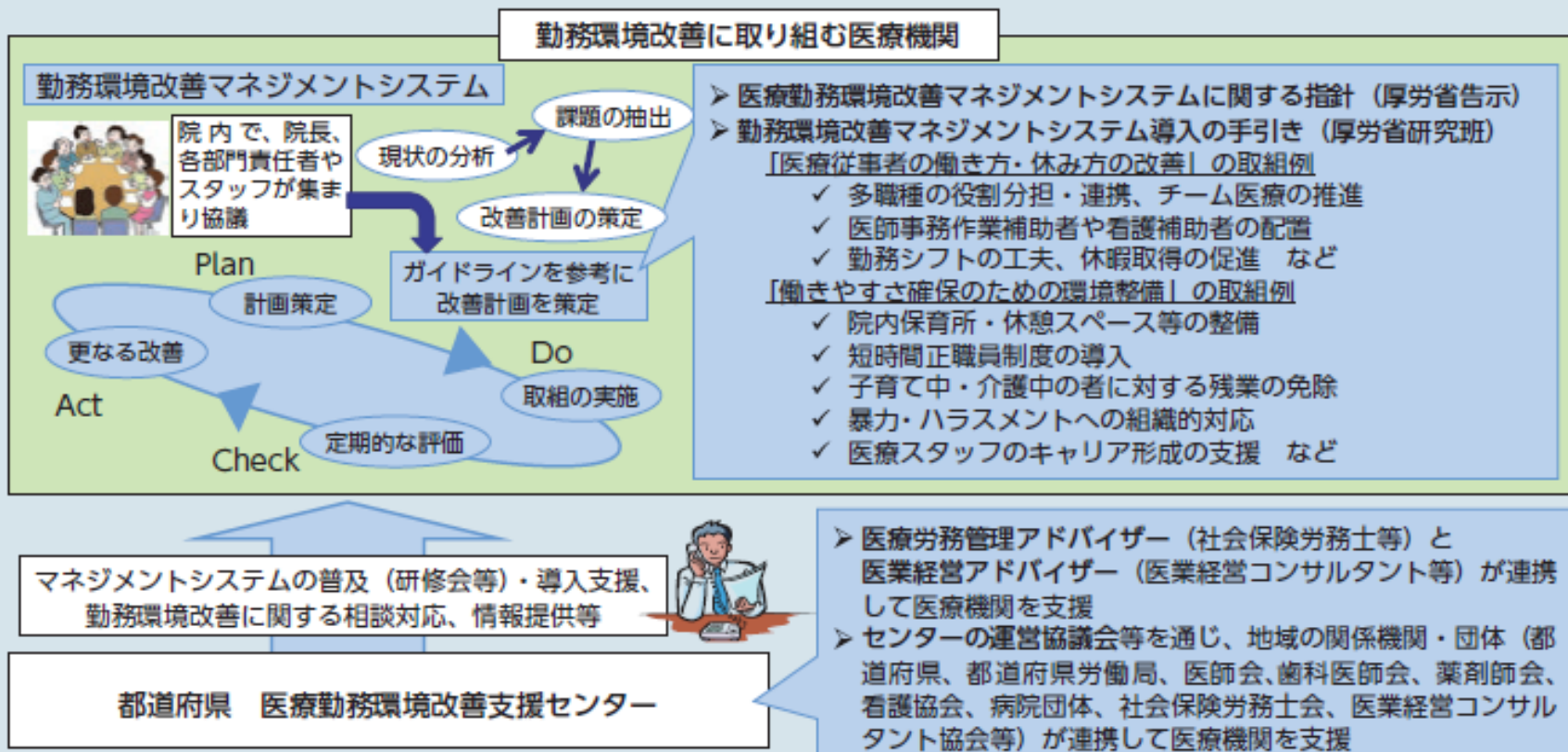
人材確保・働き方改革、医療DX推進、地域包括ケアシステムの深化・推進、質の高い医療の推進、医療保険制度の安定性・持続可能性の向上などが挙げられます。

医療従事者の勤務環境改善について

(平成29年度厚生労働白書)

医療従事者の離職防止や医療安全の確保等を図るため、改正医療法（2014（平成26）年10月1日施行）に基づき、

- 医療機関がPDCAサイクルを活用して計画的に医療従事者の勤務環境改善に取り組む仕組み（勤務環境改善マネジメントシステム）を創設。医療機関の自主的な取り組みを支援するガイドラインを国で策定。
 - 医療機関のニーズに応じた総合的・専門的な支援を行う体制（医療勤務環境改善支援センター）を各都道府県で整備。センターの運営には「地域医療介護総合確保基金」を活用。
- ➔医療従事者の勤務環境改善に向けた各医療機関の取り組み（現状分析、改善計画の策定等）を促進。



医師の働き方改革

- これまでの我が国の医療は**医師の長時間労働**により支えられており、今後、医療ニーズの変化や医療の高度化、少子化に伴う医療の担い手の減少が進む中で、医師個人に対する負担がさらに増加することが予想される。
- こうした中、医師が健康に働き続けることのできる環境を整備することは、医師本人にとってはもとより、患者・国民に対して提供される**医療の質・安全**を確保すると同時に、**持続可能な医療提供体制**を維持していく上で重要である。
- **地域医療提供体制の改革**や、各職種専門性を活かして患者により質の高い医療を提供する**タスクシフト/シェアの推進**と併せて、医療機関における**医師の働き方改革**に取り組む必要がある。

現状

【医師の長時間労働】 病院常勤勤務医の約4割が年960時間超、約1割が年1,860時間超の時間外・休日労働
特に救急、産婦人科、外科や若手の医師は長時間の傾向が強い

【労務管理が不十分】 36協定が未締結や、客観的な時間管理が行われていない医療機関も存在

【業務が医師に集中】 患者への病状説明や血圧測定、記録作成なども医師が担当

目指す姿 労務管理の徹底、労働時間の短縮により医師の健康を確保する

+

全ての医療専門職それぞれが、自らの能力を活かし、より能動的に対応できるようにする

+

質・安全が確保された医療を持続可能な形で患者に提供

対策

長時間労働を生む構造的な問題への取組

- 医療施設の**最適配置**の推進
(地域医療構想・外来機能の明確化)
- 地域間・診療科間の**医師偏在の是正**
- 国民の理解と協力に基づく**適切な受診**の推進

医療機関内での医師の働き方改革の推進

- 適切な**労務管理**の推進
- タスクシフト/シェア**の推進
(業務範囲の拡大・明確化)

→ **一部、法改正で対応**

<行政による支援>

- ・医療勤務環境改善支援センターを通じた支援
- ・経営層の意識改革(講習会等)
- ・医師への周知啓発等

時間外労働の上限規制と健康確保措置の適用 (2024.4～) 法改正で対応

地域医療等の確保	医療機関に適用する水準	年の上限時間	面接指導	休息時間の確保	医師の健康確保	
医療機関が医師の労働時間短縮計画の案を作成 ↓ 評価センターが評価 ↓ 都道府県知事が指定 ↓ 医療機関が計画に基づく取組を実施	A (一般労働者と同程度)	960時間	義務	努力義務	面接指導 健康状態を医師がチェック 休息時間の確保 連続勤務時間制限と勤務間インターバル規制(または代償休息)	
	連携B (医師を派遣する病院)	1,860時間 ※2035年度末を目標に終了		義務		義務
	B (救急医療等)	1,860時間				
	C-1 (臨床・専門研修)					
	C-2 (高度技能の修得研修)					

4月からの医療の働き方改革

2024年4月から、医業に従事する勤務医の時間外・休日労働時間は、原則として年960時間が上限となります（A水準）。医療機関が、地域医療の確保などの必要からやむを得ず、所属する医師にこれを上回る時間外・休日労働を行わせる必要がある場合は、その理由に応じて、都道府県知事から指定を受ける必要があります。

※都道府県知事の指定を受ける場合は、事前に医療機関勤務環境評価センターを受審し評価を受ける必要があります。

水準	長時間労働が必要な理由	年の上限時間
(A水準)	原則（指定は不要）	960時間
B水準	地域医療の確保のため救急医療等を担うため長時間労働となる	1,860時間
連携B水準	地域医療確保のため、派遣先の労働時間を通算すると長時間労働となる	通算で1,860時間 (各院では960時間)
C-1水準	臨床研修・専攻医の研修のため	1,860時間
C-2水準	高度な技能の取得のため	1,860時間

※1,860時間の上限が適用されるのは、指定理由に対応する業務に従事する医師のみです。

※1つの医療機関が複数の水準の指定を受けることもできます。

令和6年度報酬改定

診療報酬改定一改定率

診療報酬改定について

12月20日の予算大臣折衝を踏まえ、令和6年度の診療報酬改定は、以下のとおりとなった。

1. 診療報酬 +0.88% (国費800億円程度(令和6年度予算額。以下同じ))

※1 うち、※2~4を除く改定分 +0.46%

各科改定率	医科 +0.52%
	歯科 +0.57%
	調剤 +0.16%

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、歯科技工所等で従事する者の賃上げに資する措置分(+0.28%程度)を含む。

※2 うち、看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種(上記※1を除く)について、令和6年度にベア+2.5%、令和7年度にベア+2.0%を実施していくための特例的な対応 +0.61%

2. 薬価等

①薬価	▲0.97% (国費▲1,200億円程度)
②材料価格	▲0.02% (国費▲20億円程度)
合計	▲1.00% (国費▲1,200億円程度)

介護報酬改定一改定率

介護報酬改定について

12月20日の予算大臣折衝を踏まえ、令和6年度の介護報酬改定は、以下のとおりとなった。

改定率 + 1. 5 9 %

(内訳)

介護職員の処遇改善分 + 0. 9 8 % (令和6年6月施行)

その他の改定率 (※) + 0. 6 1 %

※賃上げ税制を活用しつつ、介護職員以外の処遇改善を実現
できる水準

また、改定率の外枠として、処遇改善加算の一本化による賃上げ効果や、光熱水費の基準費用額の増額による介護施設の増収効果として+0. 4 5 %相当の改定が見込まれ、合計すると+2. 0 4 %相当の改定となる。

障害報酬改定一改定率

障害福祉サービス等報酬改定について

12月20日の予算大臣折衝を踏まえ、令和6年度の障害福祉サービス等報酬改定は、以下のとおりとなった。

改定率 + 1. 1 2 %

なお、改定率の外枠で処遇改善加算の一本化の効果等があり、それを合わせれば改定率+ 1. 5 %を上回る水準となる。

1月15日 医療・介護・障害福祉関係団体との賃上げに関する意見交換



https://www.kantei.go.jp/jp/101_kishida/actions/202401/19ikenkoukan.html

岸田文雄首相は19日、首相官邸で医療・介護・障害福祉関係団体との会合を開き、業界の賃上げを要請した。2024年度の改定で診療報酬や介護・障害福祉サービス報酬を引き上げたことに触れ「報酬改定に見合う賃上げの実現をお願いする」と呼び掛けた。政府と労働界、経済界の代表による「政労使会議」の22日開催も表明した。

医療・介護・障害福祉関係団体との賃上げに関する意見交換

令和6年1月19日

令和6年1月19日、岸田総理は、総理大臣官邸で医療・介護・障害福祉関係団体との賃上げに関する意見交換を行いました。

「本日は、医療・介護・障害福祉分野における賃上げに向け、政府から関係団体の皆様方に要請を行わせていただきました。関係団体の皆様からも、賃上げに向けて積極的に取り組んでいく、との力強いお言葉をいただき、大変心強く感じております。

長きにわたるデフレに悩まされてきた我が国の経済にとって、去年は30年ぶりの高水準の賃上げを実現するなど、デフレ完全脱却の千載一遇のチャンスがめぐってきています。このチャンスを掴み取り、賃金が上がり、可処分所得が増えるという状況を今年夏には確実に作り上げる、そのためにも、医療・介護・障害福祉分野において、率先して賃上げを実現していく官民連携の姿勢が欠かせない、こうした考えで報酬改定に臨み、そして公的価格の在り方を見直してきたところです。

武見厚生労働大臣から説明させていただきました、報酬改定による加算措置、矢倉財務副大臣から説明させていただきました、賃上げ促進税制を活用いただき、是非とも報酬改定に見合う物価に負けない賃上げの実現、それも現場の幅広い職種の方に賃上げを行き渡らせていくことをお願い申し上げます。

政府としては、賃上げの実効性を高める仕組みづくり、とりわけ加算措置部分の報告徴収を含めたフォローアップの仕組みをしっかりと整備するとともに、この改定に必要な財政措置を盛り込んだ予算案を国会に提出し、1日も早い成立を図ってまいります。医療・介護・障害福祉の各分野の従事者の皆様に確実に賃金が上がるという実感を持っていただけるよう努力してまいります。

今週15日の中小企業との車座対話、そして本日の医療・介護・障害福祉団体との意見交換に引き続き、週明け22日には、この3か月で2度目となります政労使の意見交換を開催いたします。

政府として、物価上昇を上回る賃上げの実現に引き続き全力で取り組んでまいりますので、皆様方の御協力を何卒よろしくお願い申し上げます。本日は、ありがとうございました。」

マイナ保険証支援金セミナー&診療報酬のプチお知らせ

令和6年1月12日(金)

厚生労働省主催の「マイナ保険証支援金セミナー&報酬改定のプチお知らせ」を実施。
本セミナーでは、マイナ保険証利用促進に関する支援金について詳しく解説。

厚生労働大臣からのご挨拶
(厚生労働大臣 武見 敬三)

支援金をはじめとするマイナ保険証利用促進のための支援策の中身
(厚生労働省 データ企画室長 中園 和貴)

マイナ保険証をはじめとする医療DXの推進
(日本医業経営コンサルタント協会 会長 川原 丈貴)

診療報酬改定のプチお知らせ
(厚生労働省 保険局長 伊原 和人)

ご視聴のお礼(厚生労働省 保険局長 伊原 和人)

<https://www.youtube.com/watch?v=ckMdwpbfnHs&t=1s>

マイナ保険証支援金セミナー&診療報酬のプチお知らせ

【セミナー資料】

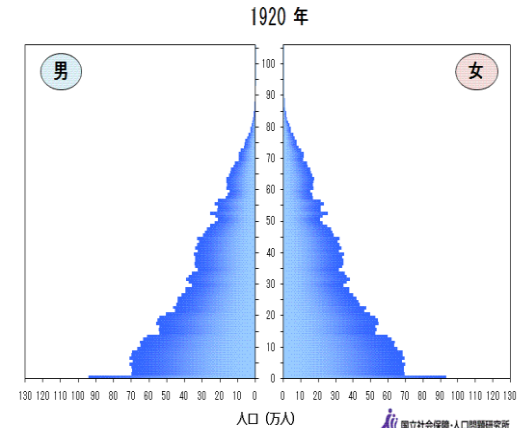
- ・マイナ保険証利用促進のための医療機関等への補助等の支援策について
<https://www.mhlw.go.jp/content/10200000/001189938.pdf>
(厚生労働省 データ企画室長 中園 和貴)
- ・アフターコロナの医療機関経営における医療DXの推進について
<https://www.mhlw.go.jp/content/10200000/001189939.pdf>
(日本医業経営コンサルタント協会 会長 川原 丈貴)
- ・令和6年度診療報酬改定と賃上げについて
<https://www.mhlw.go.jp/content/10200000/001189940.pdf>
(厚生労働省 保険局長 伊原 和人)

令和5年11月29日に成立した令和5年度補正予算において、マイナ保険証の利用率(初診・再診・調剤)が一定以上増加した医療機関・薬局の皆さまに対する増加率に応じた利用件数分の支援のほかマイナ保険証の利用件数が多い医療機関・薬局の皆さまに対する顔認証付きカードリーダーの増設の支援が実施されます。

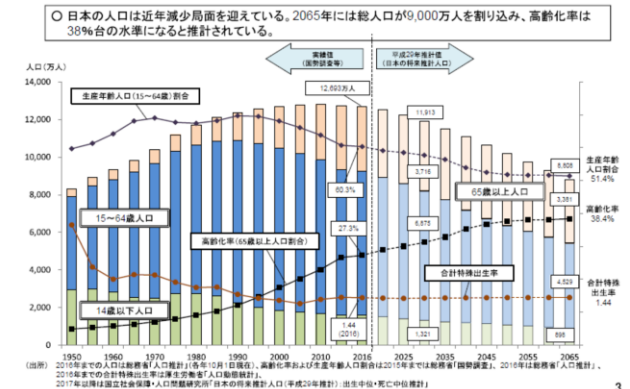
日本の医療

医業経営環境の変化

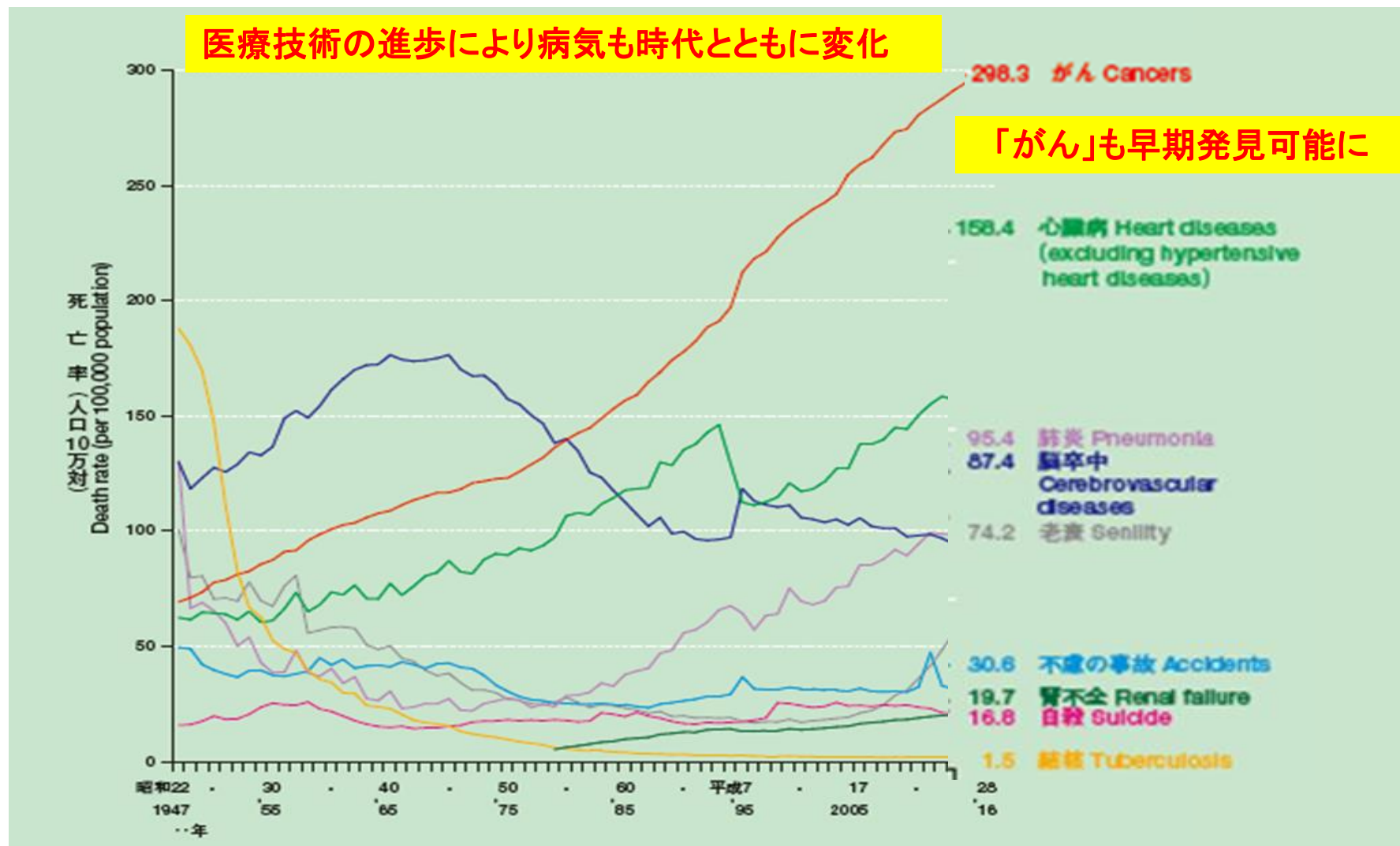
- ① 我が国の人口動態
 - ・人口ピラミッドの変化
 - ・長寿・少子高齢化 人口減少
 - ② 地域偏在(異なる将来人口動態)
 - ③ 独居・夫婦のみ世帯の増加
 - ④ 疾病構造の変化
 - ⑤ 医療・介護提供体制の変化と見直し
 - ⑥ 医療費抑制などの政策(社会保障費の上昇、財源不足)
 - ⑦ 働き方改革(雇用者不足) <IT化>
- 令和2年 1月16日 新型コロナウイルス感染症(COVID-19)
- ⑧ With & Afterコロナ禍の医療



資料：1920～2010年：国勢調査、推計人口、2011年以降：「日本の将来推計人口(平成24年1月推計)」。



主な死因別にみた死亡率の年次推移ー昭和22～平成28年

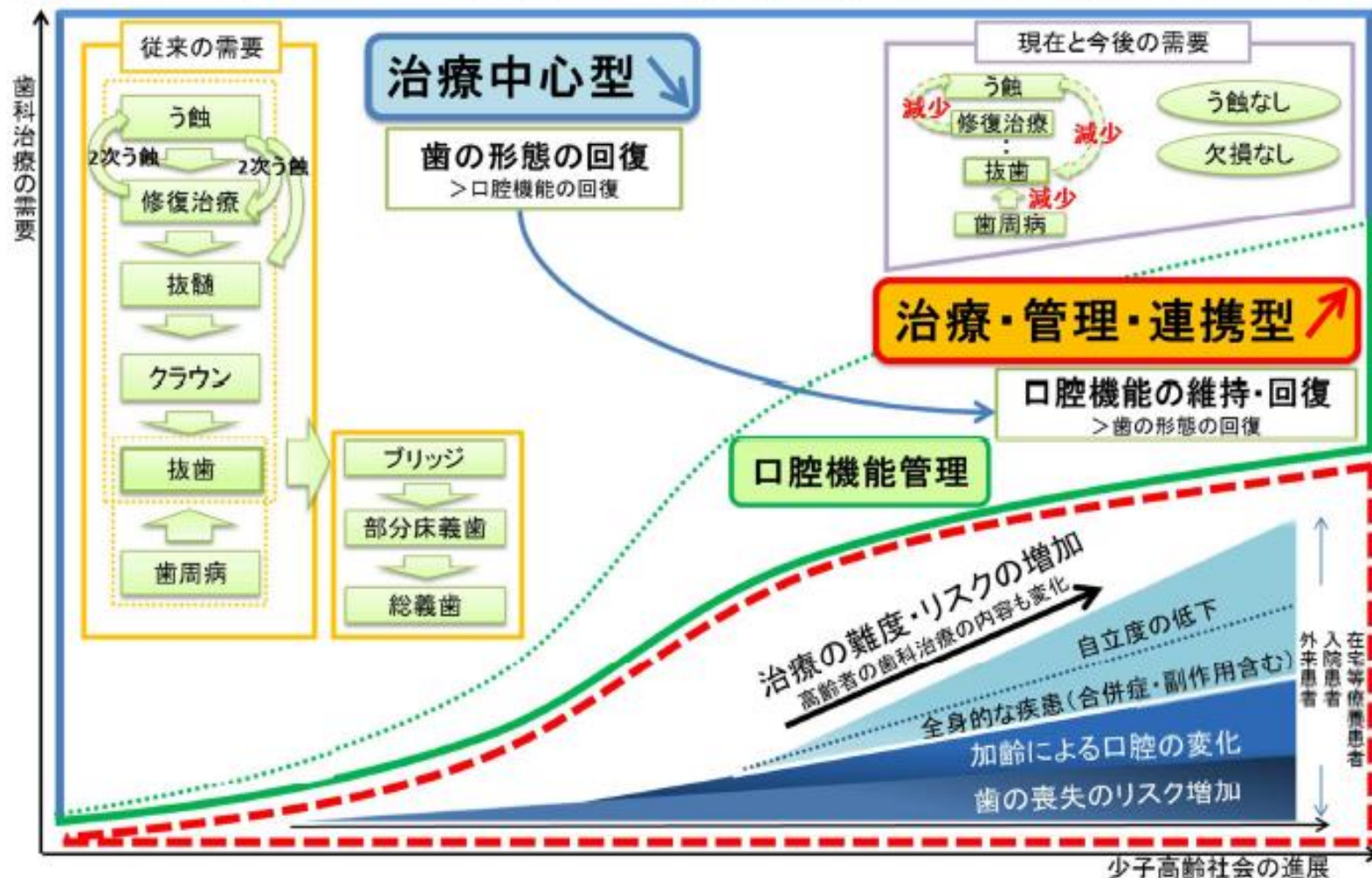


令和2年 1月16日 新型コロナウイルス感染症(COVID-19)

出典:平成30年度 我が国の人口動態

歯科治療の将来予想(イメージ)

- 人口構成の変化や、歯科疾患罹患状況の変化に伴い、歯の形態の回復を主体としたこれまでの「治療中心型」の歯科治療だけではなく、全身的な疾患の状況などもふまえ、関係者と連携しつつ患者個々の状態に応じた口腔機能の維持・回復(獲得)をめざす「治療・管理・連携型」の歯科治療の必要性が増すと予想される。



わが国の保険医療制度の特徴

□ 国民皆保険制度

…すべての国民が、何らかの公的医療保険に加入している。

□ 現物給付制度

…医療行為（現物）が先に行われ、費用は保険者から医療機関へ事後に支払われる。

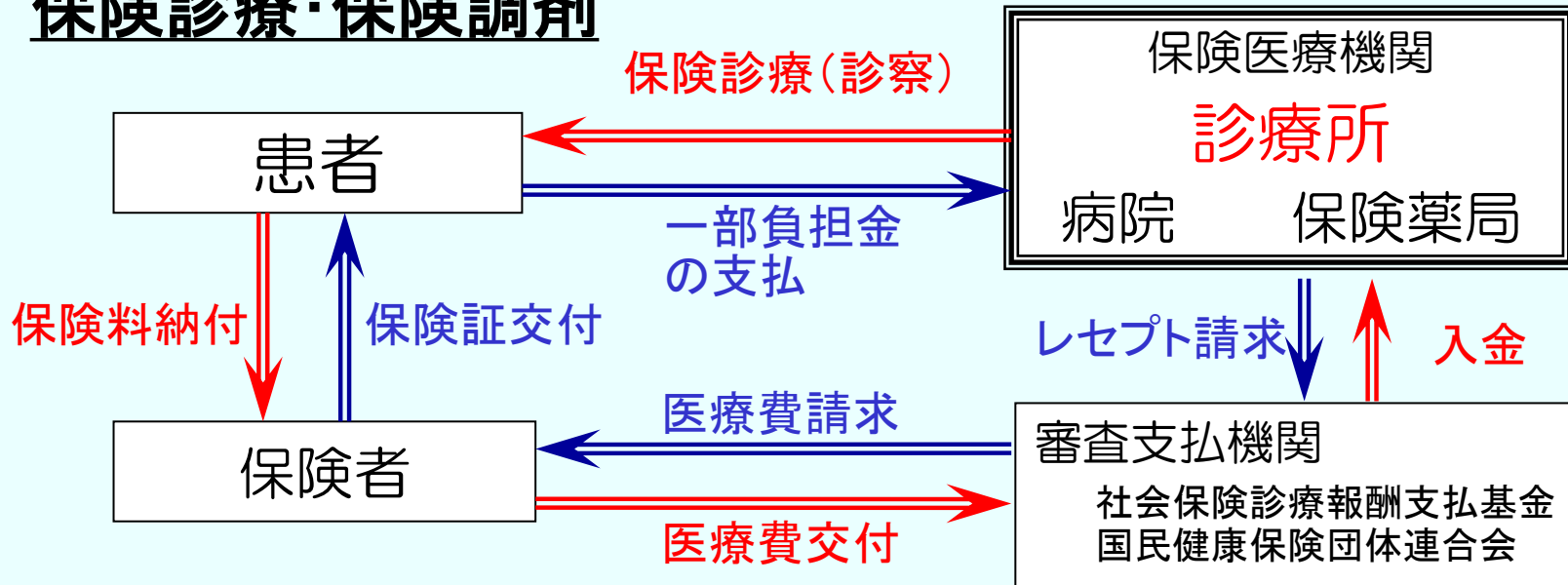
□ フリーアクセス

…自らの意思により、自由に医療機関を選ぶことができる。

医療保険は、保険証があれば全国どこでも保険医療機関で受診ができる

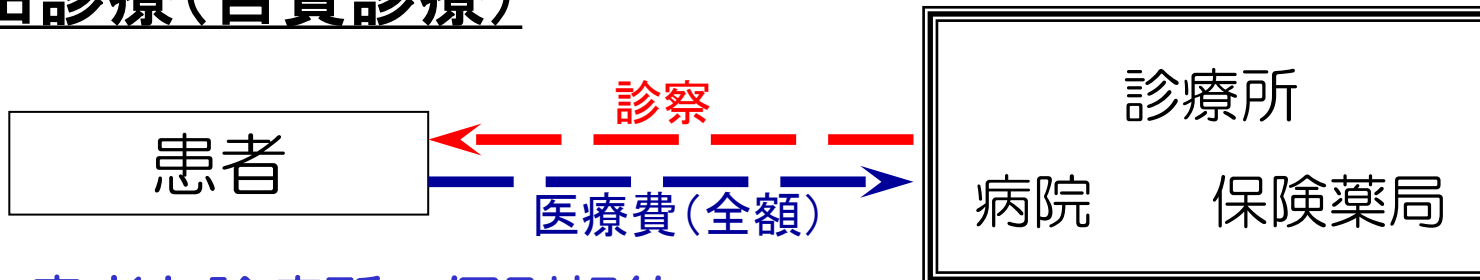
保険診療と自由診療

保険診療・保険調剤



*健康保険法等一定のルール（制限）内で運用

自由診療(自費診療)



*患者と診療所の個別契約

クリニックに関する法律

人	医師法・薬剤師法	医療従事者に関する法律
物	医療法、薬事法、毒物劇物取締法、 麻薬及び向精神薬取締法	医療機関、薬局に関する定義や 基準、薬に関する法律
金	健康保険法、国民健康保険法、高 齢者の医療の確保に関する法律、 療養担当規則、労災保険法	医療保険等に関する法律等 (診療・調剤報酬関連)
その他	介護保険法、予防接種法、身体障 害者福祉法・障害者自立支援法、 生活保護法、感染症予防法	医療・介護・福祉に関する諸法 律
開業・開局	都市計画法、建築基準法、労働基 準法、雇用保険法、消防法、各種税 法、個人情報保護法	開業・開局に関する諸法律



クリニック経営には多くの諸法律が関係します
法改正が随時ありますので気にしましょう

日本の医療提供体制

医療法にて定められている



	入院ベッド数
病院	20床以上
診療所 (クリニック)	0~19床まで

いまは、医師の働き方も問われている

医療行政の流れ(年表)

昭和13年	1938	厚生省設置
昭和23年	1948	医療法公布
昭和25年	1950	医療法改正(医療法人制度制定)
昭和36年	1961	国民皆保険の達成
昭和41年	1966	国保法改正(家族7割給付)
昭和48年	1973	老人医療費無料化 健保法改正(家族7割給付、高額療養費)
昭和55年	1980	健保法改正(家族8割給付、外来7割給付など)
昭和57年	1982	老人保健法公布(老人医療費の一部本人負担)
昭和59年	1984	健保法改正(本人1割負担)
昭和60年	1985	第1次医療法改正
昭和61年	1986	老人保健法改正(老人保健施設創設)
平成元年	1989	高齢者保健福祉推進10か年戦略(ゴールドプラン)策定
平成2年	1990	入院医療管理料(定額制)スタート
平成3年	1991	老人保健法改正(老人訪問看護制度創設)
平成4年	1992	第2次医療法改正
平成5年	1993	都道府県、市町村による老人保健福祉計画策定
平成6年	1994	新ゴールドプラン策定
平成9年	1997	医療保険制度改革
平成10年	1998	第3次医療法改正
平成12年	2000	介護保険法施行
平成13年	2001	第4次医療法改正
平成14年	2002	健康保険法等改正
平成15年	2003	健康保険法等改正(本人3割負担)
平成16年	2004	年金制度改革関連法改正(厚生年金保険料引き上げ)
平成17年	2005	介護保険法改正
平成18年	2006	第5次医療法改正(医療制度改革関連法案)
平成20年	2008	後期高齢者医療制度創設
平成21年	2009	介護保険法改正(介護報酬の3%アップ)
平成23年	2011	高齢者住まい法改正
平成24年	2012	介護保険法改正
平成26年	2014	医療・介護総合確保推進法公布 第6次医療法改正
平成27年	2015	第7次医療法改正
平成29年	2017	第8次医療法改正
平成30年	2018	介護療養病床制度廃止 第9次医療法改正

介護医療院 創設

令和2年 1月16日 新型コロナウイルス感染症(COVID-19)

日本の医療について

医療提供体制 量から質の時代へ(昭和・平成) 医療計画

国民皆保険 ⇒ 保険制度 社会保障費 = 国家財源圧迫

患者さんには、病院神話(安心)がある

総合病院 名称なくなる

応召義務 医師過労

諸外国に比べ 入院ベッドが多いといわれる

(過去 老人病院 病院で亡くなるのが当たり前)

(必要以上の医療 胃ろうなど)

介護保険制度 創設

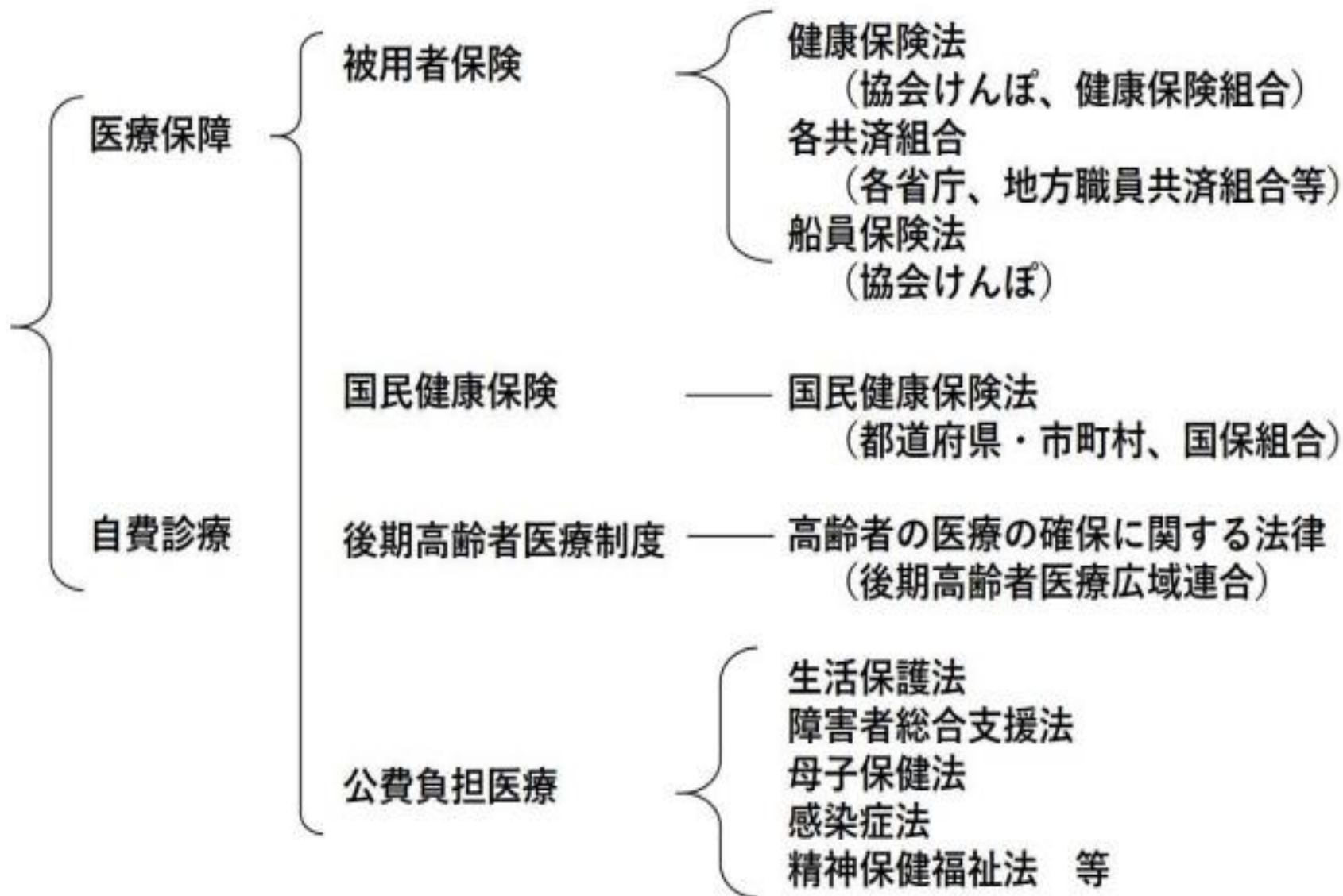
医療提供が都市部に集中 過疎地、へき地の医療 遠隔診療

コロナ禍 医療のICT化より推進(オンライン資格確認、オンライン診療)

医療法の構成

第1章	総則
第2章	医療に関する選択の支援等
	第1節 医療に関する情報の提供等
	第2節 医業、歯科医業又は助産師の業務等の広告
第3章	医療の安全の確保
第4章	病院、診療所及び助産所
	第1節 開設等
	第2節 管理
	第3節 監督
	第4節 雑則
第5章	医療提供体制の確保
	第1節 基本方針
	第2節 医療計画
	第3節 地域における病床の機能の分化及び連携の推進
	第4節 医療従事者の確保等に関する施策等
	第5節 公的医療機関
第6章	医療法人
	第1節 通則
	第2節 設立
	第3節 管理
	第4節 社会医療法人債
	第5節 解散及び合併
	第6節 監督
第7章	雑則
第8章	罰則

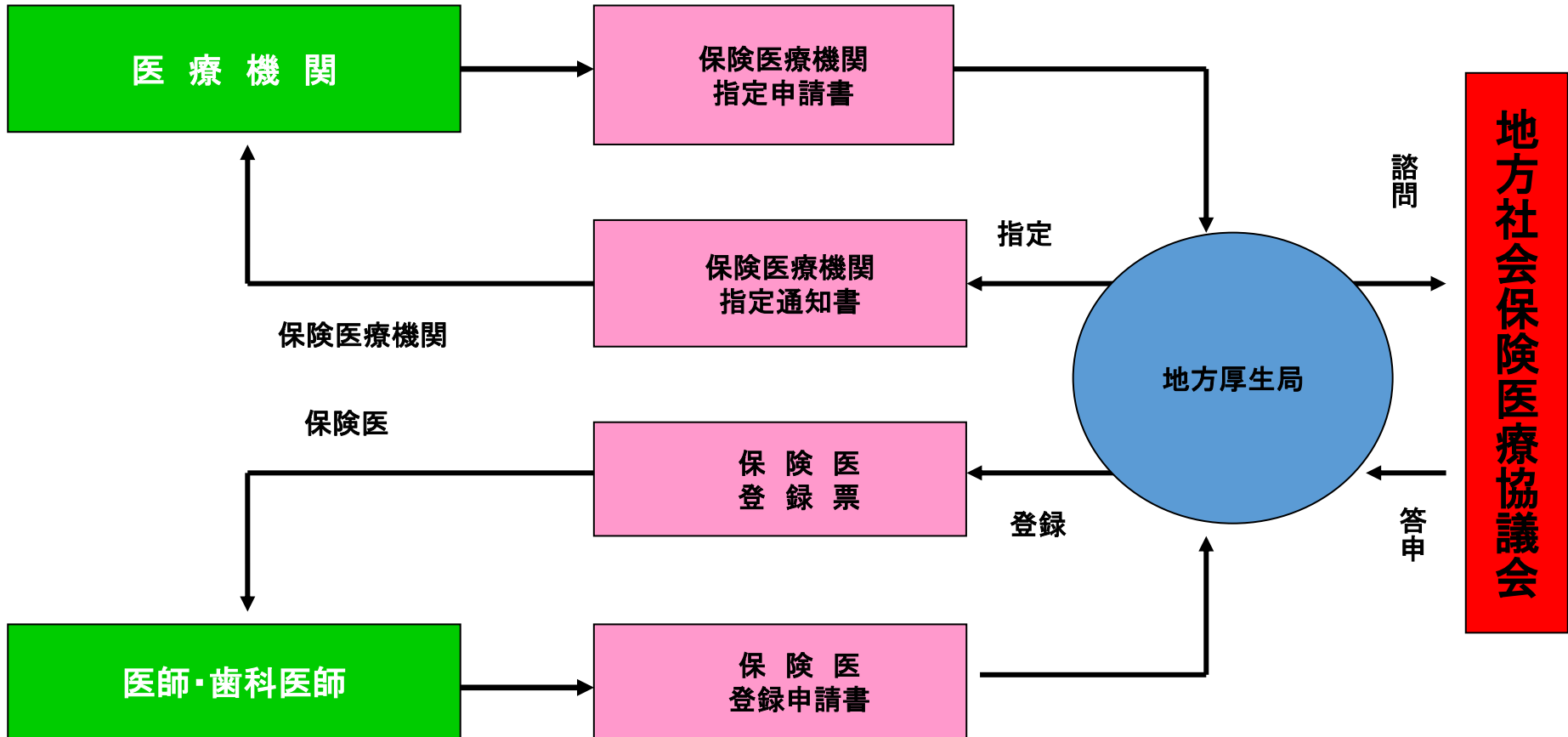
医療保険制度の種類



保険診療のための二重指定

東海北陸厚生局

愛知・岐阜・三重・静岡・石川・富山



※薬剤師(保険薬剤師)・保険薬局も同じ流れ

診療所開設(個人開設・無床)



開設後10日以内に
診療所開設届の提出

開設時は勤務先を退職している事

- ・医師会入会
- ・医師国保手続き
(任意継続・国保)

保健所(開設届の受理)



保険医療機関指定申請
締切日を確認

東海北陸厚生局(聴き取り調査)



審査・承認

東海北陸地方社会保険医療協議会愛知部会

翌月 1日より 保険医療機関として保険診療可能

開院日とは異なるケースあり

法人開設・有床診療所は異なる

保険診療に関する主な法令等

法律 : 健康保険法、船員保険法、国民健康保険法、
高齢者の医療の確保に関する法律 等

政令 : 健康保険法施行令、国民健康保険法施行令 等

厚生労働省令 : 保険医療機関及び保険医療療養担当規則(療担規則)
健康保険法施行規則、国民健康保険法施行規則 等

告示 : 診療報酬の算定方法

別表第1 医科診療報酬点数表

別表第2 歯科診療報酬点数表

別表第3 調剤報酬点数表

基本診療料の施設基準等、特掲診療料の施設基準等

通知 : 診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について
基本診療料の施設基準等、特掲診療料の施設基準等
診療報酬請求書等の記載要領等について

保険医療機関及び保険医療養担当規則

(いわゆる「療担」、「療養担当規則」)

第1章：保険医療機関の療養担当

療養の給付の担当範囲、担当方針 等

第2章：保険医の診療方針等

診療の一般的・具体的方針、診療録の記載 等

保険医療機関が担当する療養の給付

(第1条)療養の給付の担当の範囲

- ① 診察
- ② 薬剤又は治療材料の支給
- ③ 処置、手術その他の治療
- ④ 居宅における療養上の管理及びその療養に伴う世話
その他の看護
- ⑤ 病院又は診療所への入院及びその療養に伴う世話
その他の看護

保険診療の基本的ルール

保険診療として診療報酬が支払われるには次の条件を満たさなければならない

- ① 保険医が
- ② 保険医療機関において
- ③ 健康保険法、医師法、医療法、医薬品医療機器等法の各種関係法令の規定を遵守し
- ④ 『保険医療機関及び保険医療養担当規則』の規定を遵守し
- ⑤ 医学的に妥当適切な診療を行い
- ⑥ 保険医療機関が診療報酬点数表に定められたとおりに請求を行っていること。

市町村が運営（保険者）し、日本国内に住所を有する
40歳以上の方を**被保険者**とした社会保障制度

介護給付が受けられる人

市区町村から認定を受けたうえで（要介護認定）

第1号被保険者

65歳以上の方

介護が必要になった原因に関わらず
日常生活の基本的な動作について
介護や支援が必要と認められた方

第2号被保険者

40～64歳以上の公的医療保険に加入している方

介護が必要になった原因が
16種類の特定疾病により
介護や支援が必要と認められた方

地域包括ケアシステムの構築

「地域包括ケアシステム」とは、高齢者が地域で自立した生活を営めるよう、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスを切れ目なく提供する体制

中学校区(おおむね30分以内で駆けつけられる圏域)

【地域包括ケアの5つの視点による取組み】

地域包括ケアを実現するためには、次の5つの視点での取組みが包括的、継続的に行われることが必須

5つの視点

①医療との連携強化

- ・24時間対応の在宅医療、訪問看護やリハビリテーションの充実強化
- ・介護職員によるたんの吸引などの医療行為の実施

②介護サービスの充実強化

- ・特養などの介護拠点の緊急整備
- ・24時間対応の定期巡回・随時対応サービスの創設など在宅サービスの強化

医療

介護

予防

要介護者等



生活支援

住まい

④見守り、配食、買い物など、多様な生活支援サービスの確保や権利擁護など

- ・一人暮らし、高齢夫婦のみ世帯の増加、認知症の増加を踏まえ、様々な生活支援サービスを推進

③予防の推進

- ・できる限り要介護状態とならないための予防の取組や自立支援型の介護の推進

⑤高齢期になっても住み続けることのできる高齢者住まいの整備

- ・一定の基準を満たした有料老人ホームと高専賃を、サービス付高齢者住宅として高齢者住まい法に位置づけ

診療報酬の基礎

「診療報酬」とは？

「診療報酬」≠
医師の収入

医療行為ごとに
公定価格【点数】が
決められている

具体的な支払い例
を見てみよう！

点数はどうやって
決まっているの？

必要かつ適切な
「診療報酬」の
確保が不可欠！

しんりょうほうしゅう なるほど！診療報酬

新聞やテレビなどで医療に関する報道の際に使われている

「診療報酬」という言葉があります。

このコーナーでは、「診療報酬」について分かりやすく解説します。



「診療報酬」とは？

「診療報酬」≠
医師の収入

医療行為ごとに
公定価格【点数】が
決められている

具体的な支払い例
を見てみよう！

点数はどうやって
決まっているの？

必要かつ適切な
「診療報酬」の
確保が不可欠！

「診療報酬」とは？

日本では全国民に加入が義務付けられている公的医療保険制度があるため、病気やけがなどの際に保険証を提示すれば、誰でも必要な医療行為（診察、治療、処方など）を受けることができます。

[詳細は「世界に誇れる日本の医療保険制度」

(<https://www.med.or.jp/people/info/kaifo/>) をご覧ください]

医療機関に、その対価として支払われる費用は「診療報酬」と呼ばれ、厚生労働大臣が定めた医療行為1つひとつの点数を足し合わせて算出した金額となります。

そのうち、自己負担分（原則3割※年齢や所得に応じて異なる）は患者さんが、残りは加入している医療保険者が、医療機関に支払うこととなります。



「診療報酬」≠ 医師の収入

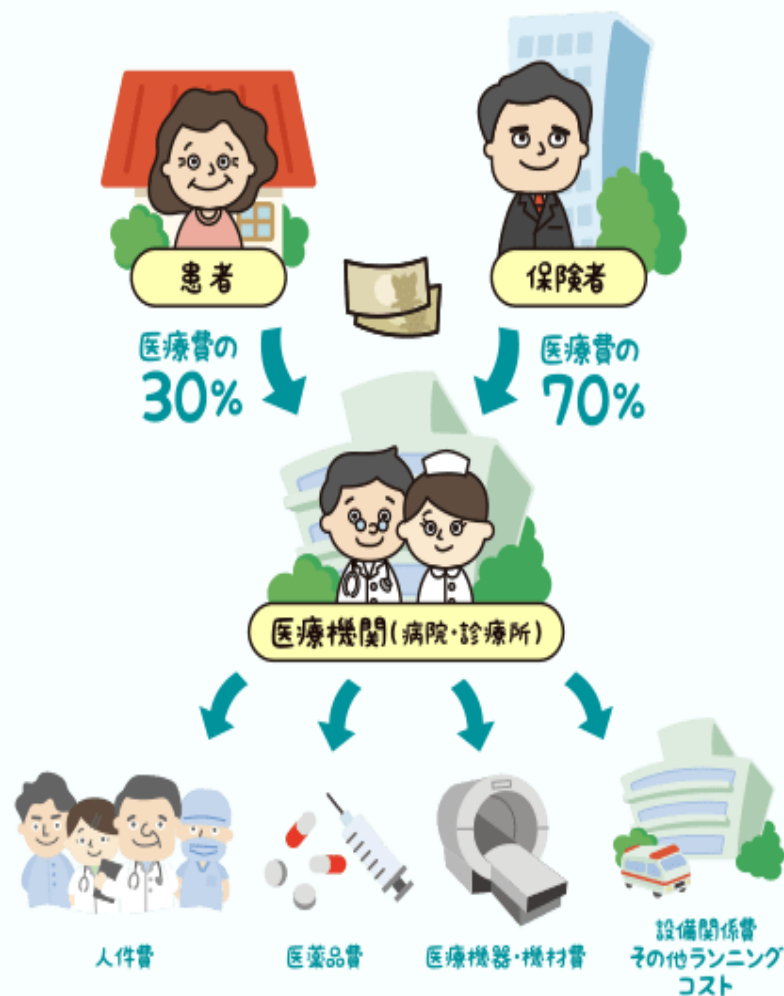
「報酬」という言葉のイメージから、「診療報酬」は全てが医師の収入と誤解されている方も多いのではないのでしょうか？

医療機関では医師、看護師その他さまざまな医療スタッフが働いています。

そのスタッフに係る人件費の他、医薬品・医療材料の購入費、医療機器・機材に係る費用、施設維持・管理費用は主に「診療報酬」から賄っているのです。



病院や診療所の
いろんなところに
使われているんだね！



医療行為ごとに 公定価格【点数】が決められている

診療報酬の点数は、1つひとつの医療行為ごとに厚生労働大臣が細かく決めています。

皆さんが受けた医療行為に対する価格は、医療行為ごとに決められた点数を基に「1点=10円」として計算されます。（例えば、初診料288点ですと2880円になります）。

この医療行為ごとの点数「1点=10円」という金額は、全国どこでも変わりありません。



「〇〇料」「〇〇加算」とは？

診療報酬には「〇〇料」や「〇〇加算」といったものがあり、決められた要件を満たすことにより、点数を加算することができるようになっています。

初診料

病気やけがなどで初めて医療機関を受診した際に請求される費用

ただし、治療中に患者さんが自己判断で受診を中止し、1カ月以上経過した場合、同じ保険医療機関において治療を受ける場合には、その病名や症状が前回と同じものであっても初診料が請求されます

再診料

治療が一度で終わらず、同じ病気やけがで継続して医療機関を受診した際に請求される費用

乳幼児加算

6歳未満の子どもが受診した際に請求される費用

時間外加算

医療機関が表示する診療時間以外の時間に受診した際に請求される費用

なるほど!



点数はどうやって 決まっているの？

診療報酬の点数は、医療の進歩や日本の経済状況などを踏まえて、**通常2年に一度見直し**が行われています。これを「**診療報酬改定**」と呼んでいます。

まず、年末に政府が国の予算編成をする際に診療報酬全体の「**改定率**」を決定し、それを基に、厚生労働大臣の諮問機関である**中央社会保険医療協議会**（以下、中医協）に意見を求めます。

中医協は、**公益委員**（学者など）、**診療側委員**（医師の代表など）、**支払側委員**（健康保険組合の代表など）の三者構成となっており、日本医師会も診療側委員として議論に参加しています。中医協では、前回改定の影響を検証するなど議論を重ね、その上で厚生労働大臣からの諮問に対して、**厚生労働省の社会保障審議会医療保険部会並びに医療部会**で決められた改定方針に従って、個々の医療行為に対する点数の見直し内容を決めています。



みんなから意見を
聞いて決めるんだね！



必要かつ適切な 「診療報酬」の確保が不可欠！

新型コロナウイルス感染症の感染拡大により、身近に医療機関があることの重要性を感じている方も多いのではないのでしょうか。

保険医療機関の経営は主に「診療報酬」で成り立っています。皆様に安心して安全な医療を提供するためには、適正な診療報酬による健全な医療機関経営が必要です。

日本医師会は、今後も皆様の生命と健康を守っていくために、必要かつ適切な「診療報酬」の確保を国に求めています。



診療報酬改定

令和6年度診療報酬改定の基本方針の概要

改定に当たっての基本認識

- ▶ 物価高騰・賃金上昇、経営の状況、人材確保の必要性、患者負担・保険料負担の影響を踏まえた対応
- ▶ 全世代型社会保障の実現や、医療・介護・障害福祉サービスの連携強化、新興感染症等への対応など医療を取り巻く課題への対応
- ▶ 医療DXやイノベーションの推進等による質の高い医療の実現
- ▶ 社会保障制度の安定性・持続可能性の確保、経済・財政との調和

改定の基本的視点と具体的方向性

(1) 現下の雇用情勢も踏まえた人材確保・働き方改革等の推進

【重点課題】

【具体的方向性の例】

- 医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取組
- 各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の改善、タスク・シェアリング/タスク・シフティング、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、その他長時間労働などの厳しい勤務環境の改善に向けての取組の評価
- 地域医療の確保及び機能分化を図る観点から、労働時間短縮の実効性担保に向けた見直しを含め、必要な救急医療体制等の確保
- 多様な働き方を踏まえた評価の拡充
- 医療人材及び医療資源の偏在への対応

(2) ポスト2025を見据えた地域包括ケアシステムの深化・推進や医療DXを含めた医療機能の分化・強化、連携の推進

【具体的方向性の例】

- 医療DXの推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進
- 生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組
- リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進
- 患者の状態及び必要と考えられる医療機能に応じた入院医療の評価
- 外来医療の機能分化・強化等
- 新興感染症等に対応できる地域における医療提供体制の構築に向けた取組
- かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の機能の評価
- 質の高い在宅医療・訪問看護の確保

(3) 安心・安全で質の高い医療の推進

【具体的方向性の例】

- 食材料費、光熱費をはじめとする物価高騰を踏まえた対応
- 患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価
- アウトカムにも着目した評価の推進
- 重点的な対応が求められる分野への適切な評価（小児医療、周産期医療、救急医療等）
- 生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理及び重症化予防の取組推進
- 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進
- 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換の推進、病院薬剤師業務の評価
- 薬局の経営状況等も踏まえ、地域の患者・住民のニーズに対応した機能を有する医薬品供給拠点としての役割の評価を推進
- 医薬品産業構造の転換も見据えたイノベーションの適切な評価や医薬品の安定供給の確保等

(4) 効率化・適正化を通じた医療保険制度の安定性・持続可能性の向上

【具体的方向性の例】

- 後発医薬品やバイオ後続品の使用促進、長期収載品の保険給付の在り方の見直し等
- 費用対効果評価制度の活用
- 市場実勢価格を踏まえた適正な評価
- 医療DXの推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進（再掲）
- 患者の状態及び必要と考えられる医療機能に応じた入院医療の評価（再掲）
- 外来医療の機能分化・強化等（再掲）
- 生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理及び重症化予防の取組推進（再掲）
- 医師・病院薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用等の推進
- 薬局の経営状況等も踏まえ、地域の患者・住民のニーズに対応した機能を有する医薬品供給拠点としての役割の評価を推進（再掲）

令和6年度診療報酬改定の基本方針

令和6年度診療報酬改定の基本方針

令和5年12月11日
社会保障審議会医療保険部会
社会保障審議会医療部会

1. 改定に当たっての基本認識

(物価高騰・賃金上昇、経営の状況、人材確保の必要性、患者負担・保険料負担の影響を踏まえた対応)

- 現下の食材料費、光熱費をはじめとする物価高騰の状況、30年ぶりの高水準となる賃上げの状況などといった経済社会情勢は、医療分野におけるサービス提供や人材確保にも大きな影響を与えており、患者が必要とする医療が受けられるよう、機動的な対応が必要となっている。
- 令和6年度診療報酬改定では、デフレ完全脱却のための総合経済対策(令和5年11月2日閣議決定)を踏まえつつ、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、患者負担・保険料負担への影響を踏まえ、患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。

(全世代型社会保障の実現や、医療・介護・障害福祉サービスの連携強化、新興感染症等への対応など医療を取り巻く課題への対応)

介護

介護サービスの種類

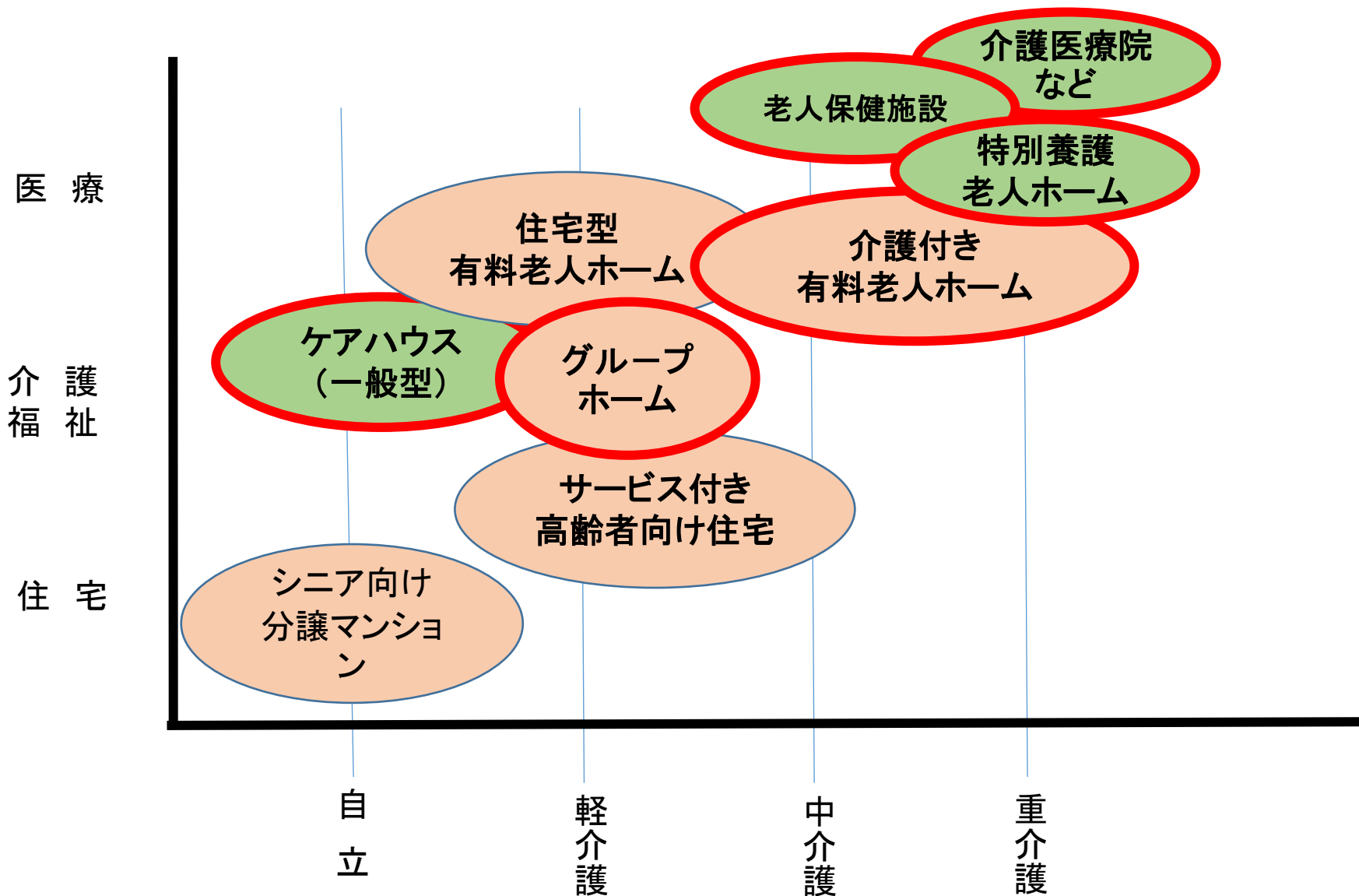
	都道府県・政令市・中核市が指定・監督を行うサービス	市町村が指定・監督を行うサービス
介護給付を行うサービス	<p>◎居宅介護サービス</p> <p>【訪問サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○訪問介護（ホームヘルプサービス） ○訪問入浴介護 ○訪問看護 ○訪問リハビリテーション ○居宅療養管理指導 ○特定施設入居者生活介護 ○福祉用具貸与 ○特定福祉用具販売 <p>【通所サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○通所介護（デイサービス） ○通所リハビリテーション <p>【短期入所サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○短期入所生活介護（ショートステイ） ○短期入所療養介護 <p>◎施設サービス</p> <ul style="list-style-type: none"> ○介護老人福祉施設 ○介護老人保健施設 ○介護療養型医療施設 ○介護医療院 	<p>◎地域密着型介護サービス</p> <ul style="list-style-type: none"> ○定期巡回・随時対応型訪問介護看護 ○夜間対応型訪問介護 ○地域密着型通所介護 ○認知症対応型通所介護 ○小規模多機能型居宅介護 ○認知症対応型共同生活介護（グループホーム） ○地域密着型特定施設入居者生活介護 ○地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 ○複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護） <p>◎居宅介護支援</p>
予防給付を行うサービス	<p>◎介護予防サービス</p> <p>【訪問サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○介護予防訪問入浴介護 ○介護予防訪問看護 ○介護予防訪問リハビリテーション ○介護予防居宅療養管理指導 ○介護予防特定施設入居者生活介護 ○介護予防福祉用具貸与 ○特定介護予防福祉用具販売 <p>【通所サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○介護予防通所リハビリテーション <p>【短期入所サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○介護予防短期入所生活介護（ショートステイ） ○介護予防短期入所療養介護 	<p>◎地域密着型介護予防サービス</p> <ul style="list-style-type: none"> ○介護予防認知症対応型通所介護 ○介護予防小規模多機能型居宅介護 ○介護予防認知症対応型共同生活介護（グループホーム） <p>◎介護予防支援</p>

この他、居宅介護（介護予防）住宅改修、介護予防・日常生活支援総合事業がある。

高齢者の住まいについて

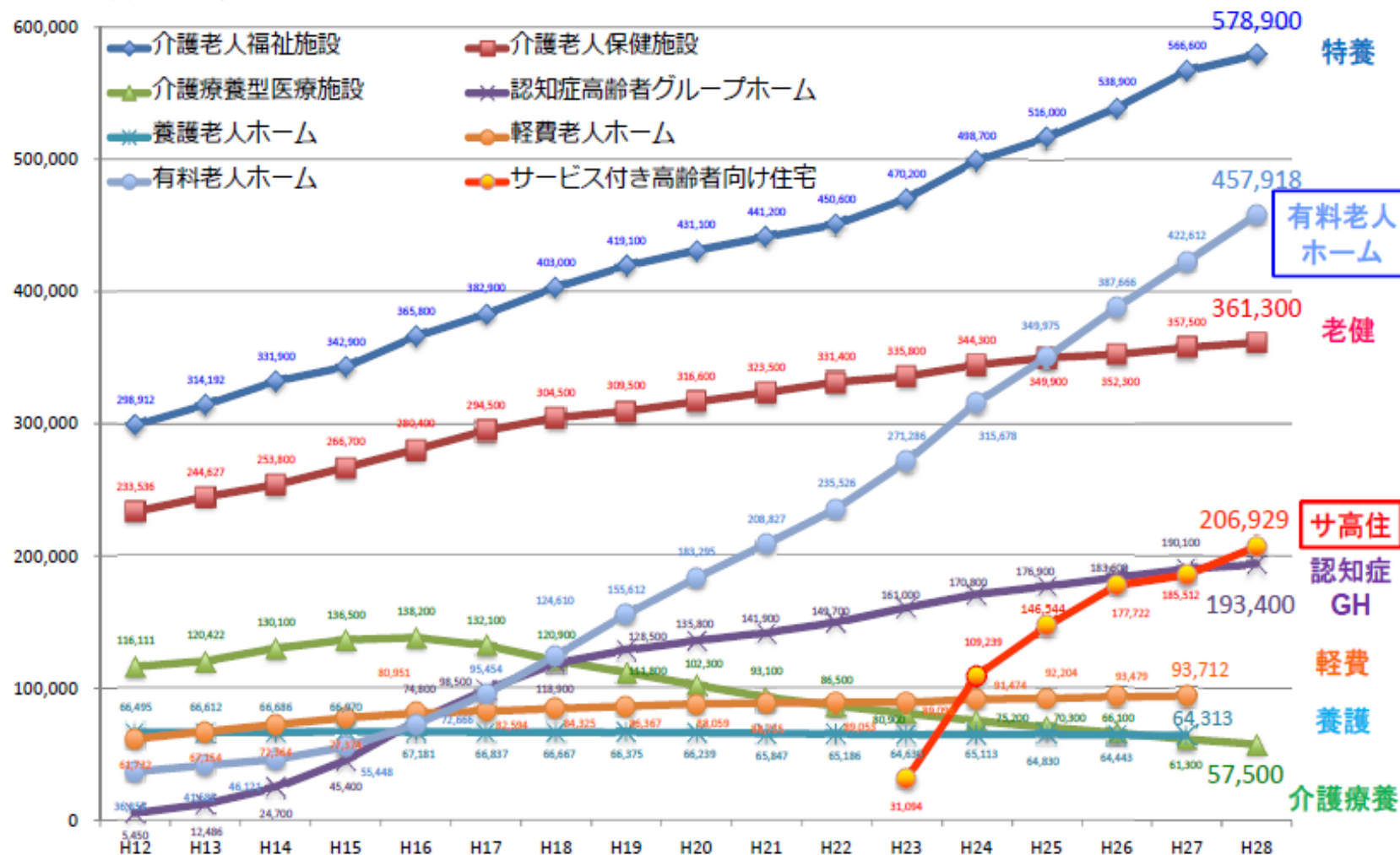
	①サービス付き 高齢者向け住宅	②有料老人ホーム	③養護老人ホーム	④軽費老人ホーム	⑤認知症高齢者 グループホーム
根拠法	高齢者住まい法第5条	老人福祉法第29条	老人福祉法第20条の4	社会福祉法第65条 老人福祉法第20条の6	老人福祉法第5条の2 第6項
基本的性格	高齢者のための住居	高齢者のための住居	環境的、経済的に困窮した 高齢者の入所施設	低所得高齢者のための住居	認知症高齢者のための共同 生活住居
定義	高齢者向けの賃貸住宅又 有料老人ホーム、高齢者 を入居させ、状況把握 サービス、生活相談サー ビス等の福祉サービスを 提供する住宅	老人を入居させ、入浴、 排せつ若しくは食事の介 護、食事の提供、洗濯、 掃除等の家事、健康管理 をする事業を行う施設	入居者を養護し、その者 が自立した生活を営み、 社会的活動に参加するた めに必要な指導及び訓練 その他の援助を行うこと を目的とする施設	無料又は低額な料金を、 老人を入居させ、食事の 提供その他日常生活上必 要な便宜を供与すること を目的とする施設	入居者について、その共同 生活を営むべき住居に おいて、入浴、排せつ、 食事等の介護その他の日 常生活上の世話及び機能 訓練を行うもの
介護保険法上 の類型	なし (有料老人ホームの基準を 満たす場合、特定施設入 居者生活介護が可能) ※外部サービスを活用	特定施設入居者生活介護 ※外部サービスの活用も可			認知症対応型 共同生活介護
主な設置主体	限定なし (営利法人中心)	限定なし (営利法人中心)	地方公共団体 社会福祉法人	地方公共団体 社会福祉法人 知事許可を受けた法人	限定なし (営利法人中心)
対象者	次のいずれかに該当する単 身・夫婦世帯 ・60歳以上の者 ・要介護/要支援認定を受 けている60歳未満の者	老人 ※老人福祉法上、老人に 関する定義がないため、 解釈においては社会通念 による	65歳以上の者であって、 環境上及び経済的理由に より居宅において養護を 受けることが困難な者	身体機能の低下等により自 立した生活を営むことにつ いて不安であると認められ る者であって、家族による 援助を受けることが困難な 60歳以上の者	要介護者/要支援者であつ て認知症である者（その 者の認知症の原因となる 疾患が急性の状態にある 者を除く。）
1人当たり面積	25㎡ など	13㎡ (参考値)	10.65㎡	21.6㎡ (単身) 31.9㎡ (夫婦) など	7.43㎡
医療提供体制	—	・協力医療機関 (参考：協力内容に医師の 訪問による健康相談、健 康診断が含まれない場合 には別に嘱託医を確保)	・配置医 ・協力病院	・協力医療機関	・協力医療機関 ・特養、老健、病院等と の連携及び支援体制の 整備

高齢者の住まいと介護度



高齢者向け住まい・施設の定員数

(単位：人・床)



- ※1: 介護保険3施設及び認知症高齢者グループホームは、「介護サービス施設・事業所調査(10/1時点)【H12・H13】及び「介護給付費実態調査(10/1時点)【H14~】(定員数ではなく利用者数)」による。
- ※2: 介護老人福祉施設は、介護福祉施設サービスと地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を合算したもの。
- ※3: 認知症高齢者グループホームは、H12~H16は痴呆対応型共同生活介護、H17~は認知症対応型共同生活介護により表示。
- ※4: 養護老人ホーム・軽費老人ホームは、「H25社会福祉施設等調査(10/1時点)」による。ただし、H21~H23は調査票の回収率から算出した推計値であり、H24~27は基本票の数値。
- ※5: 有料老人ホームは、厚生労働省老健局の調査結果(7/1時点)による。
- ※6: サービス付き高齢者向け住宅は、「サービス付き高齢者向け住宅情報提供システム(9/30時点)」による。

- 人口構造や社会経済状況の変化を踏まえ、「地域包括ケアシステムの深化・推進」「自立支援・重度化防止に向けた対応」「良質な介護サービスの効率的な提供に向けた働きやすい職場づくり」「制度の安定性・持続可能性の確保」を基本的な視点として、介護報酬改定を実施。

1. 地域包括ケアシステムの深化・推進

- 認知症の方や単身高齢者、医療ニーズが高い中重度の高齢者を含め、質の高いケアマネジメントや必要なサービスが切れ目なく提供されるよう、地域の実情に応じた柔軟かつ効率的な取組を推進
 - ・ 医療と介護の連携の推進
 - 在宅における医療ニーズへの対応強化
 - 高齢者施設等における医療ニーズへの対応強化
 - 在宅における医療・介護の連携強化
 - 高齢者施設等と医療機関の連携強化
 - ・ 質の高い公正中立なケアマネジメント
 - ・ 地域の実情に応じた柔軟かつ効率的な取組
 - ・ 看取りへの対応強化
 - ・ 感染症や災害への対応力向上
 - ・ 高齢者虐待防止の推進
 - ・ 認知症の対応力向上
 - ・ 福祉用具貸与・特定福祉用具販売の見直し

2. 自立支援・重度化防止に向けた対応

- 高齢者の自立支援・重度化防止という制度の趣旨に沿い、多職種連携やデータの活用等を推進
 - ・ リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組等
 - ・ 自立支援・重度化防止に係る取組の推進
 - ・ LIFEを活用した質の高い介護

3. 良質な介護サービスの効率的な提供に向けた働きやすい職場づくり

- 介護人材不足の中で、更なる介護サービスの質の向上を図るため、処遇改善や生産性向上による職場環境の改善に向けた先進的な取組を推進
 - ・ 介護職員の処遇改善
 - ・ 生産性の向上等を通じた働きやすい職場環境づくり
 - ・ 効率的なサービス提供の推進

4. 制度の安定性・持続可能性の確保

- 介護保険制度の安定性・持続可能性を高め、全ての世代にとって安心できる制度を構築
 - ・ 評価の適正化・重点化
 - ・ 報酬の整理・簡素化

5. その他

- ・ 「書面掲示」規制の見直し
- ・ 基準費用額（居住費）の見直し
- ・ 地域区分
- ・ 通所系サービスにおける送迎に係る取扱いの明確化

1. 地域包括ケアシステムの深化・推進

- 認知症の方や単身高齢者、医療ニーズが高い中重度の高齢者を含め、それぞれの住み慣れた地域において利用者の尊厳を保持しつつ、質の高いケアマネジメントや必要なサービスが切れ目なく提供されるよう、地域の実情に応じた柔軟かつ効率的な取組を推進

医療と介護の連携の推進

※各事項は主なもの

<在宅における医療ニーズへの対応強化>

- ・ 医療ニーズの高い利用が増える中、適切かつより質の高い訪問看護を提供する観点から、専門性の高い看護師が計画的な管理を行うことを評価する加算を新設。

<高齢者施設等における医療ニーズへの対応強化>

- ・ 所定疾患施設療養費について、介護老人保健施設の入所者に適切な医療を提供する観点から、対象に慢性心不全が増悪した場合を追加する。

<在宅における医療・介護の連携強化>

- ・ 退院後早期に連続的で質の高いリハビリテーションを実施する観点から、退院後のリハビリテーションを提供する際に、入院中に医療機関が作成したリハビリテーション実施計画書を入手し、内容を把握することを義務付ける。

<高齢者施設等と医療機関の連携強化>

- ・ 高齢者施設等について、施設内で対応可能な医療の範囲を超えた場合に、協力医療機関との連携の下でより適切な対応を行う体制を確保する観点から、在宅医療を担う医療機関等と実効性のある連携体制を構築するための見直しを行う。

質の高い公正中立なケアマネジメント

- ・ 居宅介護支援における特定事業所加算の算定要件について、ヤングケアラーなどの多様な課題への対応を促進する観点等から見直しを行う。

感染症や災害への対応力向上

- ・ 高齢者施設等における感染症対応力の向上を図る観点から、医療機関との連携の下、施設内で感染者の療養を行うことや、他の入所者等への感染拡大を防止するための医療機関との連携体制の構築や感染症対策に資する取組を評価する加算を新設する。
- ・ 感染症や災害の発生時に継続的にサービス提供できる体制を構築するため、業務継続計画が未策定の際は、特定の場合を除き基本報酬を減算する。（1年間の経過措置）

高齢者虐待防止の推進

- ・ 利用者の人権の擁護、虐待の防止等をより推進する観点から、虐待の発生又はその再発を防止するための措置が講じられていない場合に、基本報酬を減算する。

認知症の対応力向上

- ・ 平時からの認知症の行動・心理症状（BPSD）の予防及び出現時の早期対応に資する取組を推進する観点から、認知症のチームケアを評価する加算を新設。

福祉用具貸与・特定福祉用具販売の見直し

- ・ 利用者負担を軽減し、制度の持続可能性の確保を図るとともに、福祉用具の適時・適切な利用、安全を確保する観点から、一部の用具について貸与と販売の選択制を導入する。その際、利用者への十分な説明や多職種の意見や利用者の身体状況等を踏まえた提案などを行うこととする。

地域の実情に応じた柔軟かつ効率的な取組

- ・ 訪問介護における特定事業所加算について、中山間地域等で継続的なサービス提供を行っている事業所を適切に評価する観点等から見直しを行う。

看取りへの対応強化

- ・ 各種サービスにおける、看取り・ターミナルケア関係の加算の見直し等を行う。

2. 自立支援・重度化防止に向けた対応

■ 高齢者の自立支援・重度化防止という制度の趣旨に沿い、多職種連携やデータの活用を推進

リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組等

※各事項は主なもの

- リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養を一体的に推進し、自立支援・重度化防止を効果的に進める観点から、**介護老人保健施設・介護医療院・介護老人福祉施設等**の関係加算について、新たな区分を設ける。また、**通所リハビリテーション**におけるリハビリテーションマネジメント加算について、新たな区分を設ける。
- 大規模型事業所であってもリハビリテーションマネジメントを実施する体制等が充実している事業所を評価する観点から、**通所リハビリテーション**の事業所規模別の基本報酬について見直しを行う。
- 居宅療養管理指導費**について、通所サービス利用者に対する管理栄養士による栄養食事指導及び歯科衛生士等による歯科衛生指導を充実させる観点から、算定対象を通院又は通所が困難な者から通院困難な者に見直す。
- 訪問介護等**において、職員による利用者の口腔の状態の確認によって、歯科専門職による適切な口腔管理の実施につなげる観点から、事業所と歯科専門職の連携の下、介護職員による口腔衛生状態及び口腔機能の評価の実施並びに利用者の同意のものの歯科医療機関及び介護支援専門員への情報提供を評価する新たな加算を設ける。
- 介護保険施設から、居宅、他の介護保険施設、医療機関等に退所する者の栄養管理に関する情報連携が切れ目無く行われるようにする観点から、**介護保険施設**の管理栄養士が、介護保険施設の入所者等の栄養管理に関する情報について、他の介護保険施設や医療機関等に文書等で提供することを評価する新たな加算を設ける。

自立支援・重度化防止に係る取組の推進

- 通所介護等**における入浴介助加算について、入浴介助技術の向上や利用者の居宅における自立した入浴の取組を促進する観点から見直しを行う。
- ユニットケアの質の向上の観点から、**個室ユニット型施設**の管理者は、ユニットケア施設管理者研修を受講するよう努めなければならないこととする。
- 在宅復帰・在宅療養支援等評価指標及び要件について、**介護老人保健施設**の在宅復帰・在宅療養支援機能を更に推進する観点から、指標の取得状況等も踏まえ、見直しを行う。
- 介護老人保健施設**におけるポリファーマシー解消の取組を推進する観点から、入所前の主治医と連携して薬剤を評価・調整した場合に加え、施設において薬剤を評価・調整した場合を評価する新たな区分を設ける。その上で、入所前の主治医と連携して薬剤を評価・調整した場合を高く評価する。

LIFEを活用した質の高い介護

- 科学的介護推進体制加算・自立支援促進加算について、質の高い情報収集・分析を可能とし、科学的介護を推進する観点から、LIFEの入力項目の定義の明確化や入力負担の軽減等を行う。
- ADL維持等加算、排せつ支援加算、褥瘡マネジメント加算（介護医療院は褥瘡対策指導管理）について、アウトカム評価を充実する観点から見直しを行う。

3. 良質な介護サービスの効率的な提供に向けた働きやすい職場づくり

■ 介護人材不足の中で、更なる介護サービスの質の向上を図るため、処遇改善や生産性向上による職場環境の改善に向けた先進的な取組を推進

※各事項は主なもの

介護職員の処遇改善

- 介護職員等の確保に向けて、介護職員の処遇改善のための措置をできるだけ多くの事業所に活用されるよう推進する観点から、介護職員処遇改善加算、介護職員等特定処遇改善加算、介護職員等ベースアップ等支援加算について、現行の各加算・各区分の要件及び加算率を組み合わせた4段階の「介護職員等処遇改善加算」に一本化を行う。

生産性の向上等を通じた働きやすい職場環境づくり

- 人員配置基準等で具体的な必要数を定めて配置を求めている職種のテレワークに関して、個人情報適切に管理していること、利用者の処遇に支障が生じないこと等を前提に、取扱いの明確化を行い、職種や業務ごとに具体的な考え方を示す。
- 介護現場における生産性の向上に資する取組の促進を図る観点から、現場における課題を抽出及び分析した上で、事業所の状況に応じて、利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会の設置を義務付ける。（3年間の経過措置）
- 介護ロボットやICT等の導入後の継続的なテクノロジー活用を支援するため、見守り機器等のテクノロジーを導入し、生産性向上ガイドラインに基づいた業務改善を継続的に行うとともに、効果に関するデータ提出を行うことを評価する新たな加算を設ける。
- 見守り機器等のテクノロジーの複数活用及び職員間の適切な役割分担の取組等により、生産性向上に先進的に取り組む**特定施設**について、介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減が行われていることを確認した上で、人員配置基準の特例的な柔軟化（3：0.9）を行う。
- 介護老人保健施設等**において見守り機器等を100%以上導入する等、複数の要件を満たした場合に、夜間における人員配置基準を緩和する。
- 認知症対応型共同生活介護**において見守り機器等を10%以上導入する等、複数の要件を満たした場合に、夜間支援体制加算の要件を緩和する。
- EPA介護福祉士候補者及び技能実習の外国人について、一定の要件の下、就労開始から6月未満であっても人員配置基準に算入してもよいこととする。

効率的なサービス提供の推進

- 管理者の責務について、利用者へのサービス提供の場面等で生じる事象を適時かつ適切に把握しながら、職員及び業務の一元的な管理・指揮命令を行うことである旨を明確化した上で、管理者が兼務できる事業所の範囲について、管理者がその責務を果たせる場合には、同一敷地内における他の事業所、施設等ではなくても差し支えない旨を明確化する。
- 訪問看護**における24時間対応について、看護師等に速やかに連絡できる体制等、サービス提供体制が確保されている場合は看護師等以外の職員も利用者又は家族等からの電話連絡を受けられるよう、見直しを行う。
- 居宅介護支援費（Ⅰ）**に係る介護支援専門員の一人当たり取扱件数について、現行の「40未満」を「45未満」に改めるとともに、**居宅介護支援費（Ⅱ）**の要件について、ケアプランデータ連携システムを活用し、かつ、事務職員を配置している場合に改め、取扱件数について、現行の「45未満」を「50未満」に改める。また、**居宅介護支援費**の算定に当たっての取扱件数の算出に当たり、指定介護予防支援の提供を受ける利用者数については、 $\frac{1}{3}$ を乗じて件数に加えることとする。

4. 制度の安定性・持続可能性の確保

■ 介護保険制度の安定性・持続可能性を高め、全ての世代にとって安心できる制度を構築

※各事項は主なもの

評価の適正化・重点化

- ・ **訪問介護**の同一建物減算について、事業所の利用者のうち、一定割合以上が同一建物等に居住する者への提供である場合に、報酬の適正化を行う新たな区分を設け、更に見直しを行う。
- ・ **訪問看護**に求められる役割に基づくサービスが提供されるようにする観点から、理学療法士等のサービス提供状況及びサービス提供体制等に係る加算の算定状況に応じ、理学療法士等の訪問における基本報酬及び12月を超えた場合の減算を見直す。
- ・ **短期入所生活介護**における長期利用について、長期利用の適正化を図り、サービスの目的に応じた利用を促す観点から、施設入所と同等の利用形態となる場合、施設入所の報酬単位との均衡を図ることとする。
- ・ 利用者が**居宅介護支援事業所**と併設・隣接しているサービス付き高齢者向け住宅等に入居している場合や、複数の利用者が同一の建物に入居している場合には、介護支援専門員の業務の実態を踏まえた評価となるよう見直しを行う。
- ・ 多床室の室料負担について、これまでの分科会での意見等を踏まえ、予算編成過程において検討する。

報酬の整理・簡素化

- ・ **介護予防通所リハビリテーション**における身体機能評価を更に推進するとともに、報酬体系の簡素化を行う観点から見直しを行う。
- ・ **定期巡回・随時対応型訪問介護看護**と**夜間対応型訪問介護**の将来的なサービスの統合を見据えて、夜間対応型訪問介護との一体的実施を図る観点から、定期巡回・随時対応型訪問介護看護の基本報酬に、夜間対応型訪問介護の利用者負担に配慮した新たな区分を設ける。
- ・ 長期療養生活移行加算について、**介護療養型医療施設**が令和5年度末に廃止となることを踏まえ、廃止する。

5. その他

※各事項は主なもの

- ・ 運営基準省令上、事業所の運営規程の概要等の重要事項等について、「書面揭示」に加え、インターネット上で情報の閲覧が完結するよう、介護サービス事業者は、原則として重要事項等の情報をウェブサイトに掲載・公表しなければならないこととする。
- ・ **通所系サービス**における送迎について、利便性の向上や運転専任職の人材不足等に対応する観点から、送迎先について利用者の居住実態のある場所を含めるとともに、他の介護事業所や障害福祉サービス事業所の利用者との同乗を可能とする。
- ・ 基準費用額（居住費）について、これまでの分科会での意見等を踏まえ、予算編成過程において検討する。
- ・ 令和6年度以降の級地の設定に当たっては、現行の級地を適用することを基本としつつ、公平性を欠く状況にあると考えられる自治体については特例を設け、自治体に対して行った意向調査の結果を踏まえ、級地に反映する。

令和 6 年度介護報酬改定に向けた今後の検討の進め方について（案）

- 令和 3 年度介護報酬改定においては、新型コロナウイルス感染症への対応の必要性を踏まえ、以下の 5 つの項目を柱とし、改定を行った。
 1. 感染症や災害への対応力強化
 2. 地域包括ケアシステムの推進
 3. 自立支援・重度化防止の取組の推進
 4. 介護人材の確保・介護現場の革新
 5. 制度の安定性・持続可能性の確保

- 令和 6 年度介護報酬改定に向けては、診療報酬との同時改定であることや新型コロナウイルス感染症への対応の経験等を踏まえ、令和 3 年度介護報酬改定に関する審議報告及び令和 4 年社会保障審議会介護保険部会意見書における指摘などに基づき、各サービス種類毎の論点とあわせ、例えば以下のような分野横断的なテーマを念頭に置き、議論してはどうか。
 - ・地域包括ケアシステムの深化・推進
 - ・自立支援・重度化防止を重視した質の高い介護サービスの推進
 - ・介護人材の確保と介護現場の生産性の向上
 - ・制度の安定性・持続可能性の確保

まとめ

診療報酬とは

保険医療機関等が行う診療行為やサービスに対する評価として公的医療保険から支払われる報酬。

公的医療保険の適用となる診療行為の範囲や点数

1点単価は、
厚生労働省告示 「診療報酬の算定方法」で定められている。

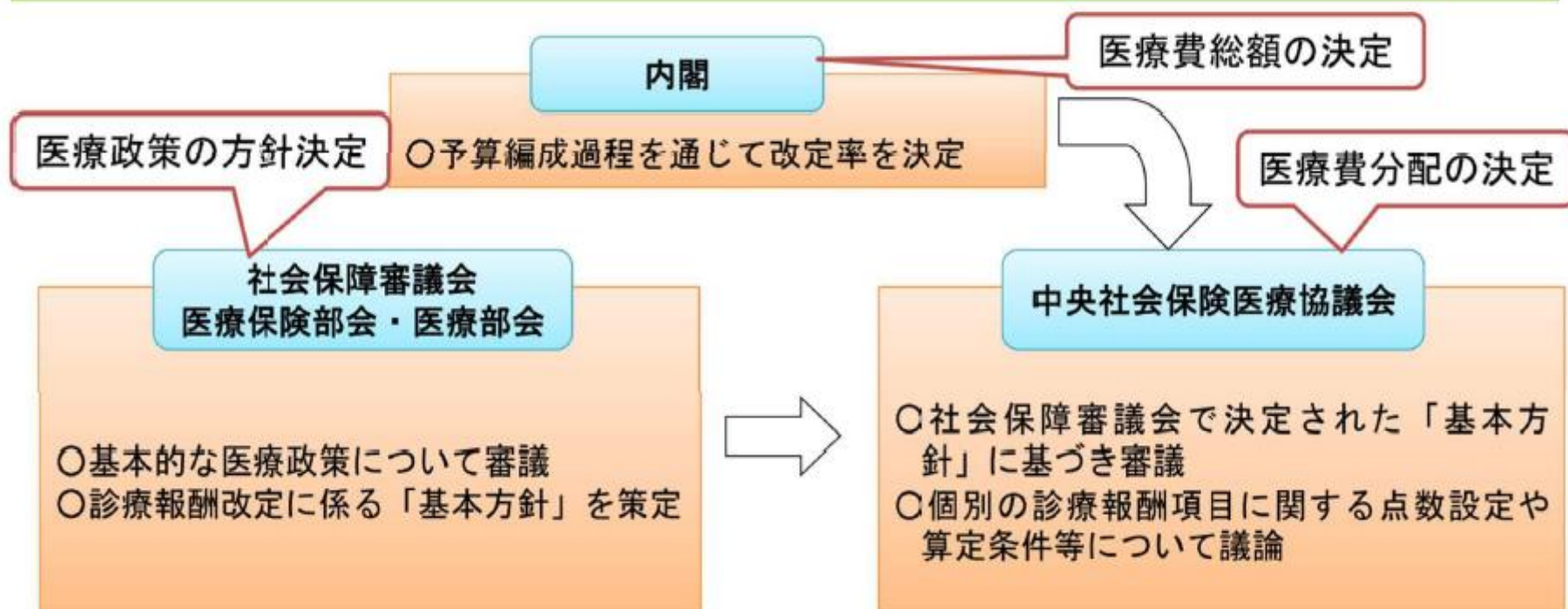
基本的に保険医療機関に係る療養に要する費用の額は、1点の単価を10円。

また、個別の診療報酬の算定にあたっては、「診療報酬点数表」に記載されている厚生労働大臣が定める施設基準などの要件を満たす必要があります。

診療報酬改定の流れ

診療報酬改定は、

- ① 予算編成過程を通じて内閣が決定した改定率を所与の前提として、
- ② 社会保障審議会医療保険部会及び医療部会において策定された「基本方針」に基づき、
- ③ 中央社会保険医療協議会において、具体的な診療報酬点数の設定等に係る審議を行い実施されるものである。



令和4年度診療報酬改定のスケジュール

令和3年 社会保障審議会(医療保険部会。医療部会)

秋以降 令和4年度診療報酬改定の基本方針の議論

中央社会保険医療協議会

1月以降 コロナ禍、入院医療
外来医療、在宅医療等の

令和6年は、
診療報酬は6月1日
介護報酬は4月1日

厚生労働省

3/4 診療報酬改定に係る告示・通知の発出

2/9 厚生労働大臣に対し、
改正案を答申

令和4年4月1日 施行

診療報酬点数表

医科点数表の解釈

令和**24**年4月版

社会保険研究所

歯科点数表の解釈

令和**24**年4月版

社会保険研究所

診療報酬点数表の構成

	医科	歯科
基本診療料	初・再診料	初・再診料
	入院料	入院料
特掲診療料	医学管理等	医学管理等
	在宅医療	在宅医療
	検査	検査
	画像診断	画像診断
	投薬	投薬
	注射	注射
	リハビリテーション	リハビリテーション
	精神科専門療法	
	処置	処置
	手術	手術
	麻酔	麻酔
	放射線治療	放射線治療
		歯科矯正
	病理診断	病理診断

算定要件

加算

施設基準

保険診療の理解のために

保険診療の理解のために

【医科】
(令和3年度)

本資料は令和2年度診療報酬改定が行われた当初の内容を基に作成しています。新型コロナウイルス感染症の拡大に対応した算定要件の変更や施設基準の届出の取扱いの臨時的な変更等があるので、ご所属の保険医療機関で診療報酬請求をするにあたってはその時点での取扱いを確認して請求を行ってください。

厚生労働省保険局医療課医療指導監査室

保険診療の理解のために

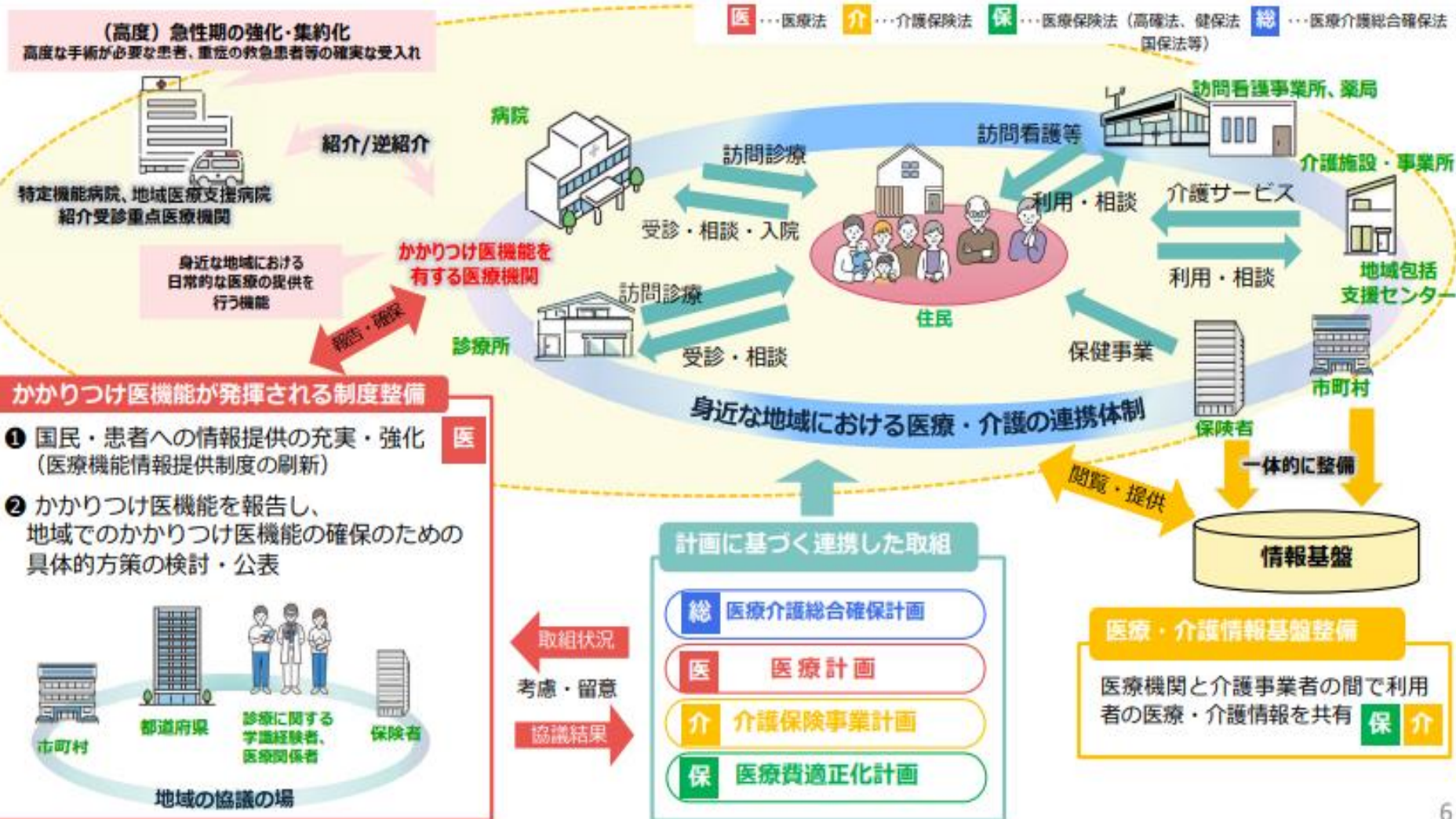
【歯科】
(令和3年度)

本資料は令和2年度診療報酬改定が行われた当初の内容を基に作成しています。新型コロナウイルス感染症の拡大に対応した算定要件の変更や施設基準の届出の取扱いの臨時的な変更等があるので、ご所属の保険医療機関で診療報酬請求をするにあたってはその時点での取扱いを確認して請求を行ってください。

厚生労働省保険局医療課医療指導監査室

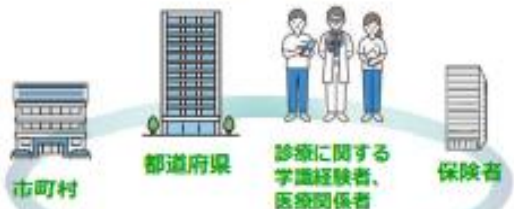
地域完結型の医療・介護提供体制の構築

在宅を中心に入退院を繰り返し、最後は看取りを要する高齢者を支えるため、かかりつけ医機能が発揮される制度整備・各種計画との連携・情報基盤の整備により、かかりつけ医機能を有する医療機関を中心とした患者に身近な地域における医療・介護の水平的連携を進め、「地域完結型」の医療・介護提供体制を構築する。そのために、関係法律を一体的に改正する。



かかりつけ医機能が発揮される制度整備

- 国民・患者への情報提供の充実・強化 (医療機能情報提供制度の刷新)
- かかりつけ医機能を報告し、地域でのかかりつけ医機能の確保のための具体的方策の検討・公表



医療・介護情報基盤整備

医療機関と介護事業者の間で利用者の医療・介護情報を共有

愛知県 保険医療機関等軒数

		病院	診療所	歯科
名古屋市	熱田区	5	60	38
	北区	11	121	93
	昭和区	6	114	80
	千種区	11	170	118
	天白区	5	127	87
	中川区	13	117	87
	中区	8	205	145
	中村区	10	158	121
	西区	6	110	94
	東区	3	86	75
	瑞穂区	6	88	69
	緑区	5	169	110
	港区	5	65	59
	南区	12	83	69
	名東区	7	143	99
守山区	7	97	67	
愛西市	0	32	21	
海部郡	2	36	23	
あま市	3	48	30	
安城市	3	105	78	
一宮市	16	222	180	
稲沢市	7	106	67	
犬山市	5	40	31	
岩倉市	1	26	27	
大府市	2	60	37	
岡崎市	15	201	164	
尾張旭市	1	61	46	
春日井市	13	183	136	
蒲都市	3	50	41	
刈谷市	7	77	62	

		病院	診療所	歯科
北設楽郡	0	5	6	
北名古屋市	2	47	39	
清須市	2	36	37	
江南市	3	61	53	
小牧市	3	87	62	
新城市	3	28	22	
瀬戸市	8	56	58	
高浜市	1	19	16	
田原市	1	28	24	
知多郡	6	67	61	
知多市	2	38	34	
知立市	2	31	29	
津島市	4	46	33	
東海市	3	62	53	
東郷町	2	26	19	
常滑市	1	35	23	
豊明市	3	34	31	
豊川市	12	89	78	
豊田市	18	184	143	
豊橋市	21	221	176	
長久手市	3	45	27	
西尾市	5	72	68	
西春日井郡	0	5	8	
日進市	3	73	54	
丹羽郡	1	29	26	
額田郡	1	19	14	
半田市	4	73	49	
碧南市	4	35	35	
みよし市	2	33	28	
弥富市	2	26	18	