

クリニック サポートセミナー

令和6年4月30日

14:00 - 16:00

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



医業をとりまく最新情報

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

□ 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。

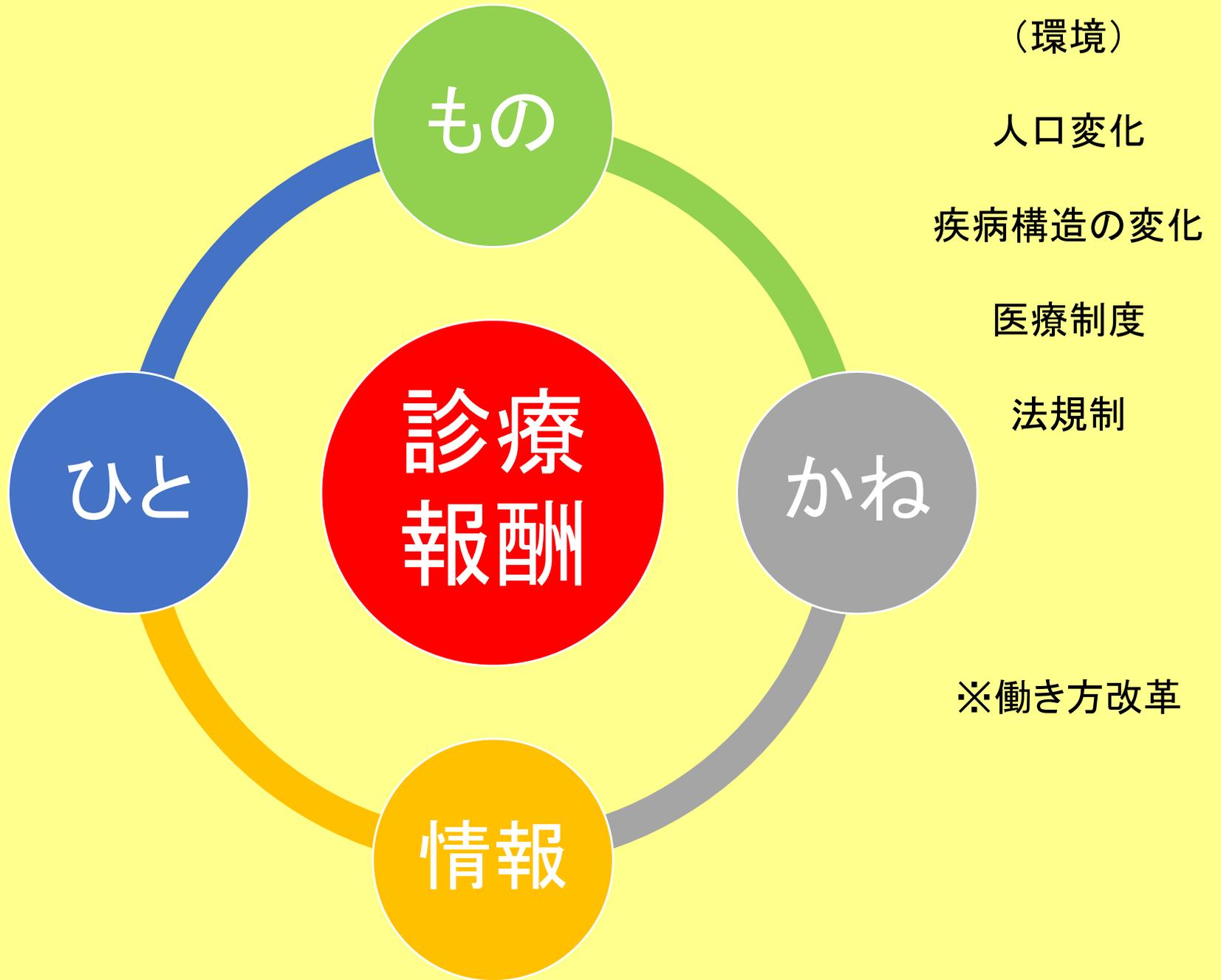
□ 現物給付制度

…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

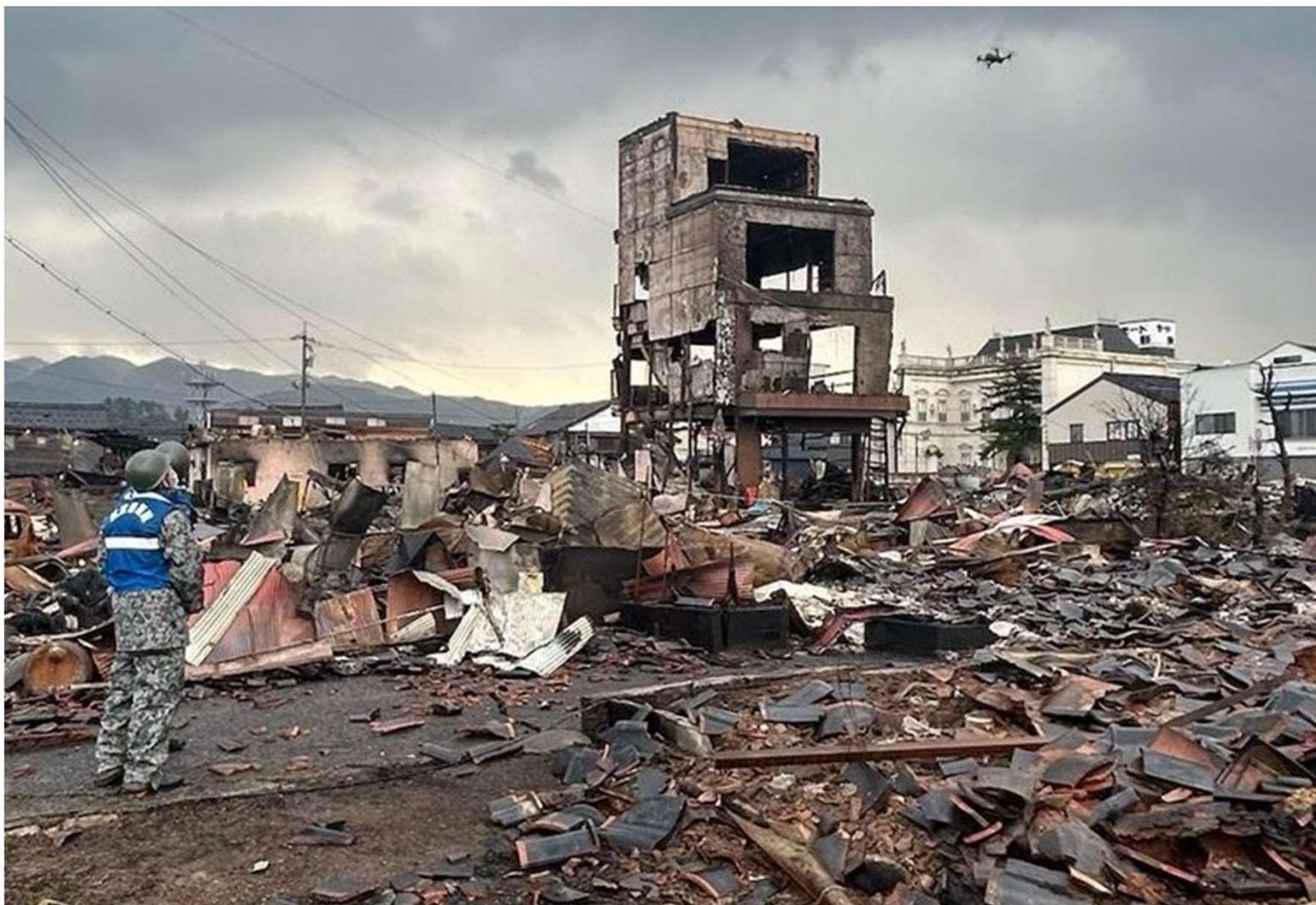


2024年(令和4年)

1月1日 16時10分

能登半島地震

令和6年能登半島地震により犠牲となられた方々に深く哀悼の意を表するとともに、被災された皆様、また、ご家族・関係者の皆様に心よりお見舞い申し上げます。

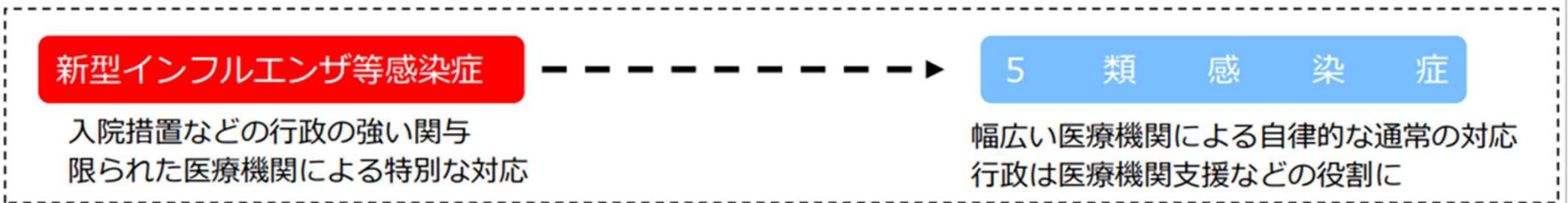


2024年(令和6年)は、辰年(たつ年)

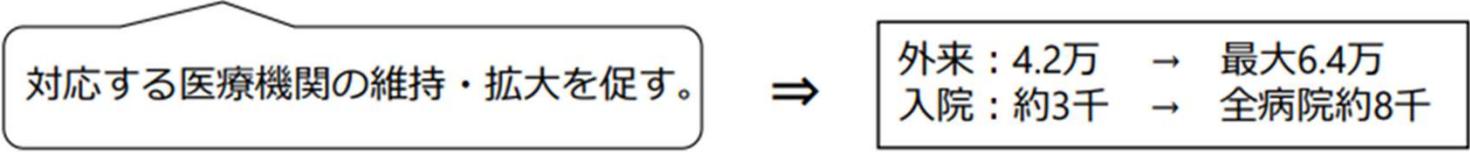
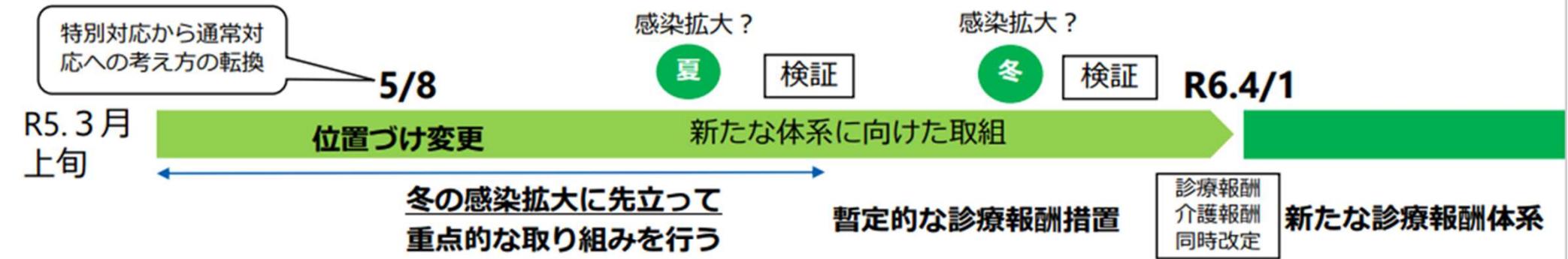


動物にあてはめると竜(龍)ですが、竜は十二支で唯一の想像上の動物

新型コロナウイルス感染症は、昨年5月8日から5類感染症に



医療提供体制 幅広い医療機関で新型コロナウイルス感染症の患者が受診できる医療体制に向けて、必要となる感染対策や準備を講じつつ国民の安心を確保しながら段階的に移行



入院・外来の医療費 急激な負担増が生じないよう、入院・外来の医療費の自己負担分に係る一定の公費支援について、期限を区切って継続

2024年(令和6年)4月1日で変わったこと

1. 食品の値上げ 2806 品目 (「実質値上げ」含む)
2. 宅配便など 料金値上げ
3. 運送業 建設業 医師の時間外労働の上限規制
4. 公的医療保険 75歳以上の保険料増加
5. 「嫡出推定」制度の変更
6. 新型コロナ 治療薬など支援策終了
7. 「相続登記」義務化

時間外労働の上限規制



働き方改革
支援のご案内

働き方改革の
ポイント

助成金の
ご案内

無料相談窓口
働き方改革推進
支援センター

お役立ち
コンテンツ

SPECIAL

文字サイズの変更
標準 大 特大



ホーム > 時間外労働の上限規制

時間外労働の上限規制

時間外労働の
上限規制とは ↓

改正前と改正後の
ポイント ↓

動画で見る
時間外労働の上限規制 ↓

解説資料・支援ツール ↓

時間外労働の上限規制とは

残業時間の上限は、原則として月45時間・年360時間とし、
臨時的な特別の事情がなければこれを超えることはできません。

施行 大企業:2019年4月~/中小企業:2020年4月~

臨時的な特別の事情があつて労使が合意する場合でも、
以下を超えることはできません。

- 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、各職種の特長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

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
A (一般労働者と同程度)	960時間	義務	努力義務
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
B (救急医療等)			
C-1 (臨床・専門研修)	1,860時間		
C-2 (高度技能の修得研修)			

医師の健康確保

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)

働き方改革関連法による改正後の労働基準法により、時間外労働の上限規制は2019年4月（中小企業は2020年4月）から施行されていますが、医師については、時間外労働の上限規制の適用が猶予されていました。**2024年4月からは、医療機関等で医業に従事する勤務医についても、時間外労働の上限規制が適用**されます。また、勤務医の健康を確保するためのルールが導入されます。

時間外労働の上限規制

2024年4月1日から、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）。

地域医療確保のため原則時間を超えて医業に従事せざるを得ない場合（B水準、連携B水準）、必要な能力や技能を習得するために医業に従事せざるを得ない場合（C-1水準、C-2水準）は、年1,860時間が上限となります。

なお、B・連携B水準、C-1・C-2水準を適用するためには、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の評価を受審する必要があります。

医療機関に適用される水準		月の上限時間	年の上限時間	追加的健康確保措置		
				面接指導	休息時間確保	
A	原則	100時間未満	960時間以下	義務	努力義務	
連携B	医師を派遣する病院		1860時間以下 (連携B:各院では 960時間)		義務	義務
B	救急医療等					
C-1	臨床・専門研修					
C-2	高度技能の修得研修					

■ B・C各水準の上限時間は、指定される事由となった業務に従事する医師のみに適用されます。

その背景

2025年問題

「団塊世代」と言われる約800万人が後期高齢者である75歳以上になるため、

現在の社会保障財政が問題視されている中、現在の税金でま賄い切れない医療費や介護費などが急増する可能性が極めて高いことが計算上わかっている。

この2025年問題に対して、どのような対策をなすべきかも日本政府の大きな課題の1つであると言えます。

「団塊世代」とは、第一次ベビーブームによって誕生した子どもたちのことで、当時の合計特殊出生率は4.0を超えていました。つまり、夫婦1組に対して平均4人以上の子どもを産み育てた計算になります。

これにより、2025年には日本人口の5人に1人が75歳以上となり、3人に1人が65歳以上となるので、超高齢化社会に突入していきます。この超高齢社会への突入こそが2025年問題と言われる由縁です。

(別添) ポスト2025年の医療・介護提供体制の姿

1. ポスト2025年に対応した医療・介護提供体制の姿

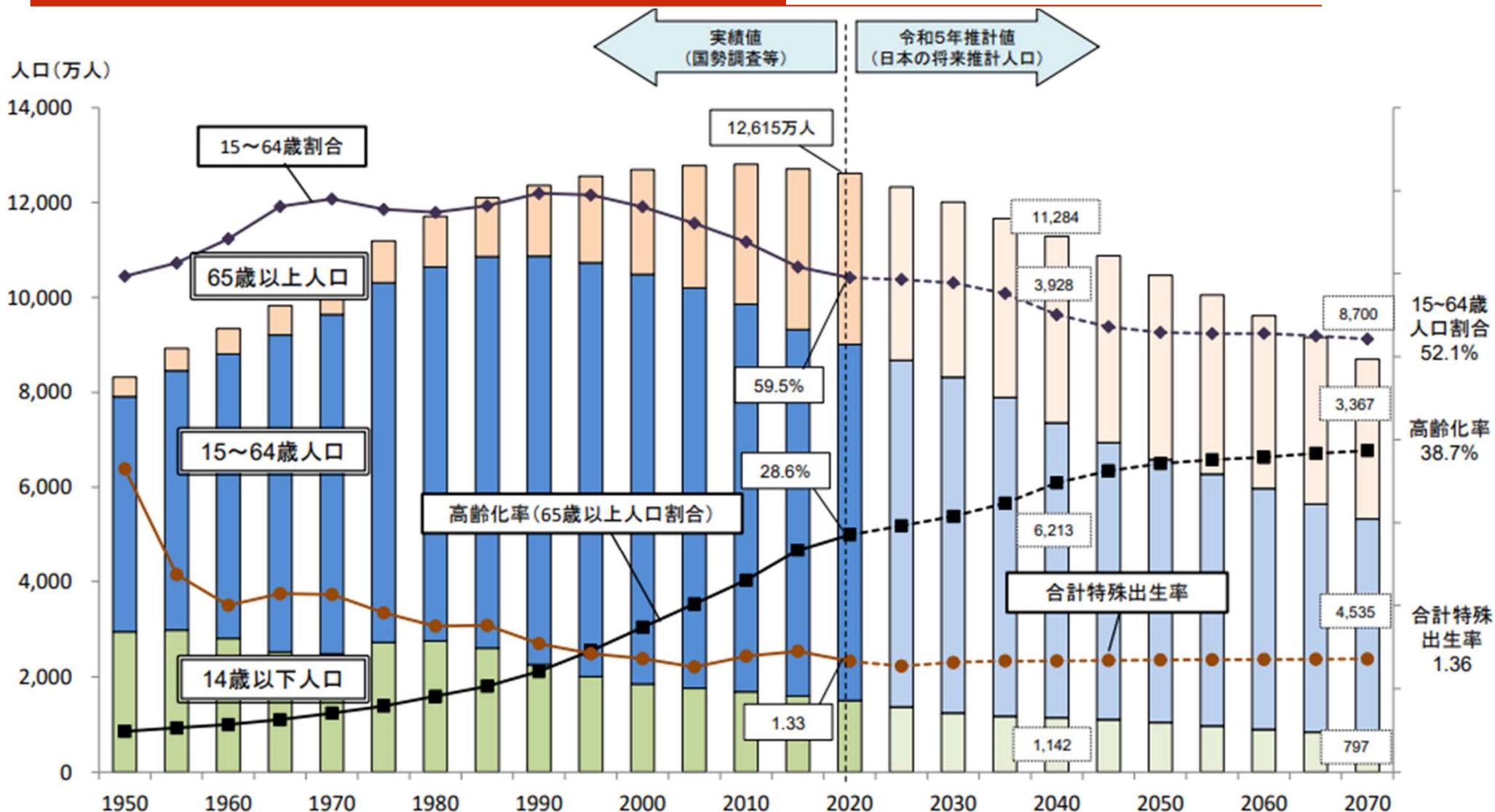
- 医療・介護提供体制の改革を進めていくに当たっては、実現が期待される医療・介護提供体制の姿を関係者が共有した上でそこから振り返って現在すべきことを考える形（バックキャスト）で具体的に改革を進めていくことが求められる。
- その際、限りある人材等で増大する医療・介護ニーズを支えていくため、医療・介護提供体制の最適化・効率化を図っていくという視点も重要。
- 高齢者人口がピークを迎える中で、医療・介護の複合的ニーズを有する高齢者数が高止まりする一方、生産年齢人口の急減に直面する局面において、実現が期待される医療・介護提供の姿として現時点で想起し得るものを、患者・利用者など国民の目線で描いたもの。

2. ポスト2025年の医療・介護提供体制の姿の3つの柱

ポスト2025年の医療・介護提供体制の姿は、以下の3つの柱を同時に実現することを通じて、患者・利用者など国民が必要な情報に基づいて適切な選択を行い、安心感が確保されるものでなければならない。

- I 医療・介護を提供する主体の連携により、必要なときに「治し、支える」医療や個別ニーズに寄り添った柔軟かつ多様な介護が地域で完結して受けられること
- II 地域に健康・医療・介護等に関して必要なときに相談できる専門職やその連携が確保され、さらにそれを自ら選ぶことができること
- III 健康・医療・介護情報に関する安全・安心の情報基盤が整備されることにより、自らの情報を基に、適切な医療・介護を効果的・効率的に受けられること

日本の人口の推移



日本の人口は近年減少局面を迎えている。2070年には総人口が9,000万人を割り込み高年齢化率は39%の水準になると推計されている。

(出所)

2020年までの人口は総務省「国勢調査」、合計特殊出生率は厚生労働省「人口動態統計」、2025年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(令和5年推計)」(出生中位(死亡中位)推計)

人口戦略会議

提言 2100年の人口 8000万人規模に“成長力のある社会

概要版

『人口ビジョン2100』

— 安定的で、成長力のある「8000万人国家」へ —

2024年1月
人口戦略会議

人口戦略と「共育社会」の推進に向けて

— 人口戦略会議アピール —

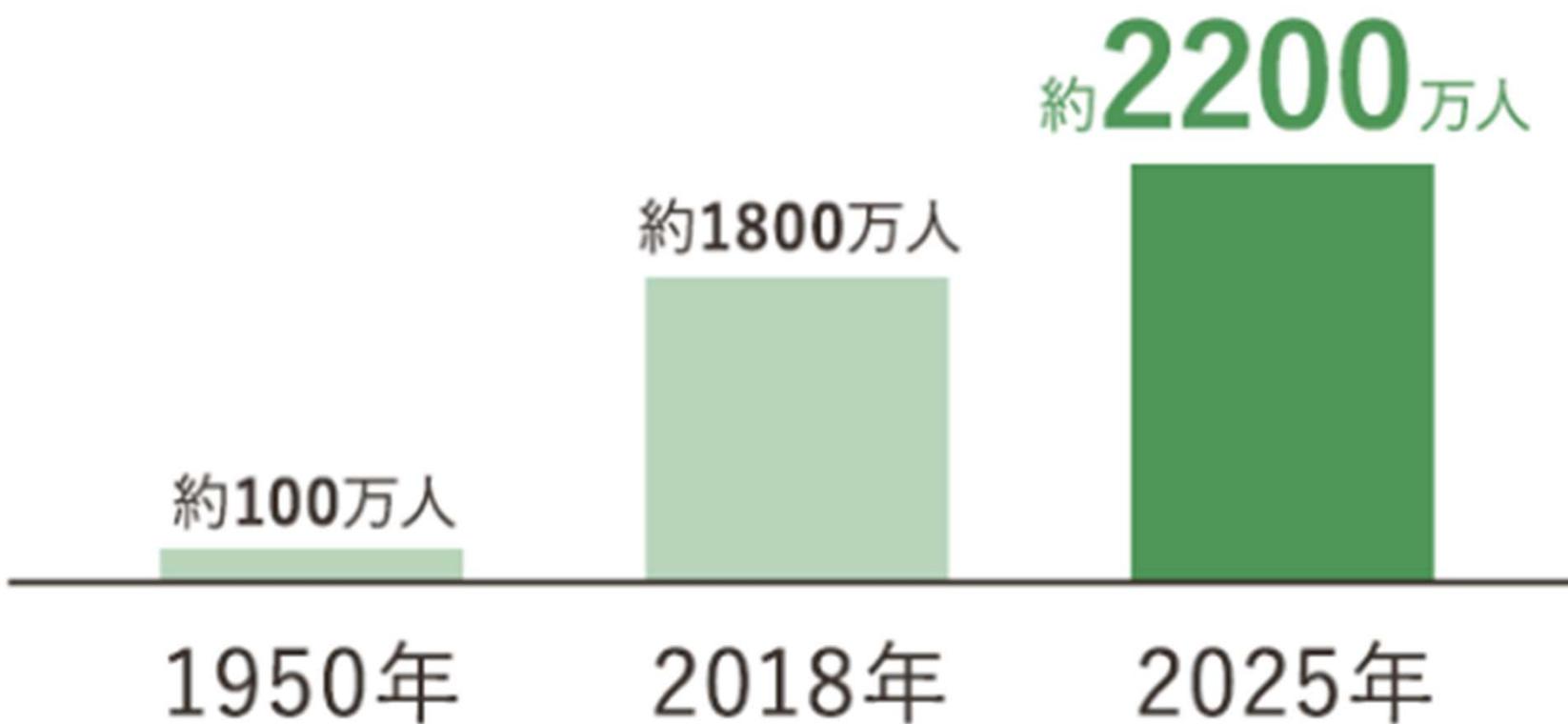
令和6年4月24日

人口戦略会議

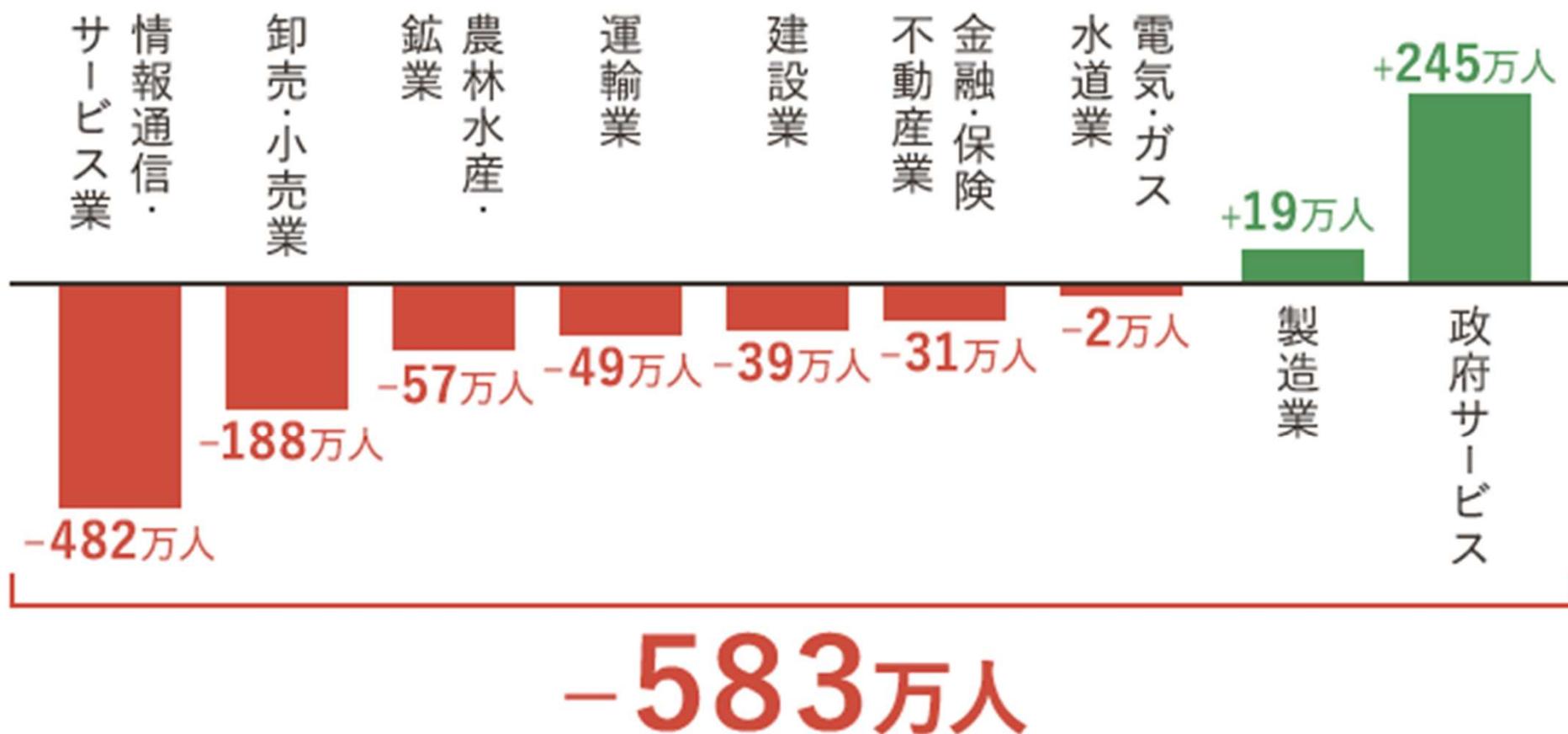
本日の「人口戦略シンポジウム」は、岸田文雄総理をはじめ、政治、経済・労働界、地方自治体、有識者など約500名におよぶ各界のリーダーの方々参加を得て開催されました。人口減少問題および人口戦略について多角的な議論が活発に行われ、まさに「人口戦略元年」にふさわしい会議となりました。参加者をはじめ関係者の皆様の多大なるご支援とご協力に心から感謝申し上げます。

今日、我が国は、急激な人口減少という、かつて経験したことがない時代を迎えています。このまま推移するならば、日本の将来に深刻な影響が及ぶことは避けられません。少子化の流れを変えることは困難かつ長期にわたる課題ですが、私たちは決して諦めるわけにはいきません。子どもや孫の世代に豊かで幸せな社会をつなげていく責任が、今を生きる私たち「現世代」にあるからです。

75歳以上（後期高齢者）の人口推移



労働力不足は2025年に583万人に



少子高齢化の影響

人口減少 高齢化 2025年問題

(2025年には、団塊の世代が約2,200万人を超え、国民の4人に1人が75歳以上)

高齢化により医療・介護費の上昇

医療機関の機能分化 (総合病院) 病院統合 地域医療計画

新型コロナ 働き方の変化 在宅勤務、テレワーク ZOOM

急激な通信手段の変化 動画配信

予防接種予約や罹患者の登録

アフター2025年問題 生産人口の減少 生産性の向上が必要

人口構成変化・新型コロナの影響 ➡ IT化からDX

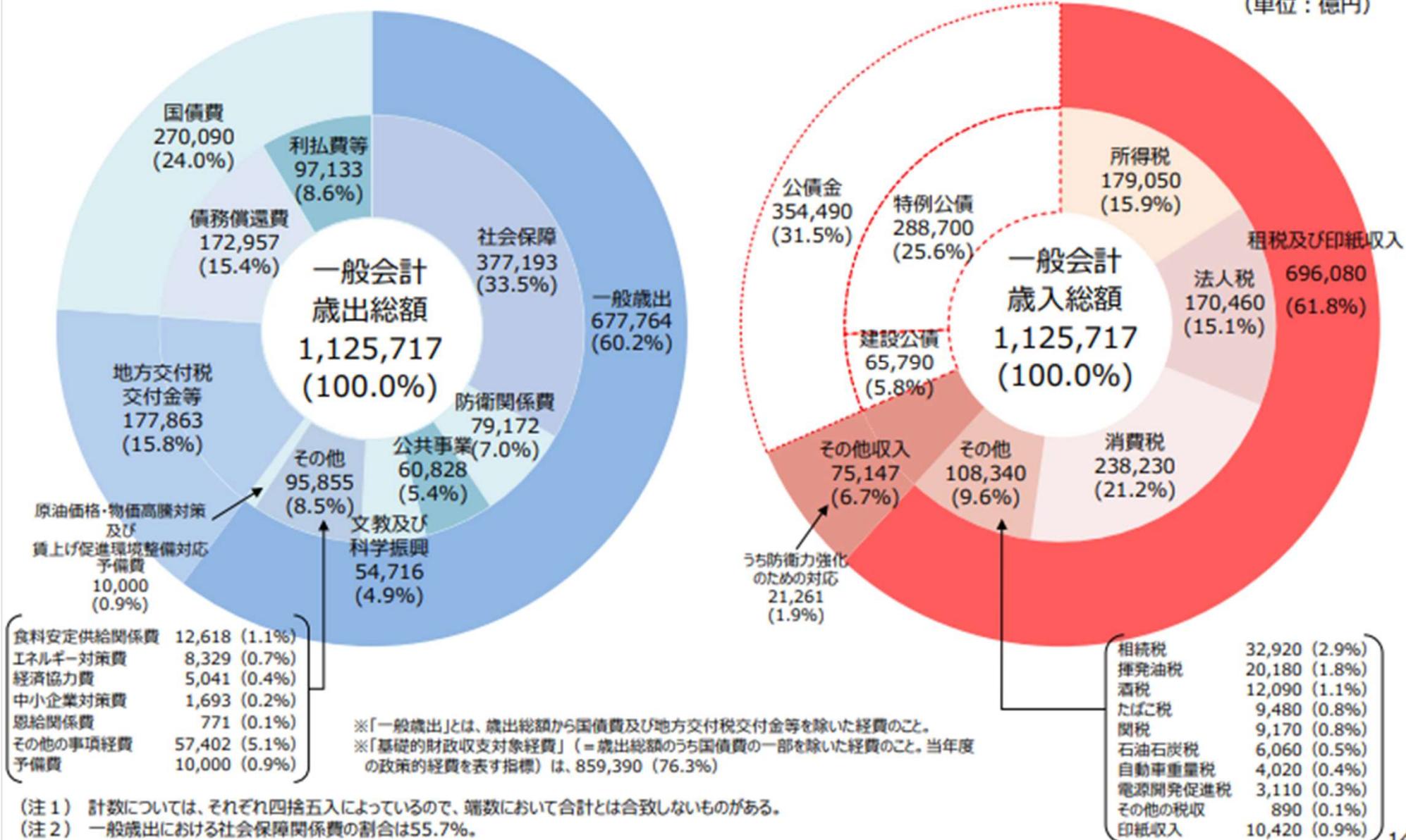
国家预算

令和6年度一般会計予算 歳出・歳入の構成

一般会計歳出

一般会計歳入

(単位：億円)



国家予算の成立までの流れ



https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/cabinet/2023/r6_yosannozentai.pdf

令和6年度予算の全体像

令和5年7月25日
経済財政諮問会議

1. 当面のマクロ経済運営

(1) 今が正念場：構造的賃上げと投資拡大の継続への取組

コロナ禍からの経済社会の正常化の中で、我が国経済は緩やかに回復しているが、物価高による所得の実質的な下押し、海外経済の下振れリスクなどの懸念材料があり、構造的賃上げと投資拡大の継続に向けて、今が正念場である。

民需主導の経済成長を実現する上で、供給力の強化、構造的賃上げと物価対策等の重要政策への資源配分の重点化を図りつつ、物価・経済の動向に応じて機動的なマクロ経済運営を行う。

また、財政政策に当たっては、潜在成長率の上昇と社会課題の解決に重点を置く。特に、需給ギャップが解消に近付く中、歳出構造を平時に戻しつつ、コロナ禍での経済の下支えから供給力強化に政策の軸足を移す動きを加速する。

(2) 当面のマクロ経済運営で重視すべきポイント

こうした考え方の下で、当面のマクロ経済運営においては、以下の3つの観点を重視する。

① 持続的な賃上げと物価高対策

30年ぶりの高水準となった春季労使交渉の賃上げの流れを全国津々浦々に広げ、分厚い中間層を実現する。そのためには、特に、地域経済を支える中小企業における賃上げの流れを止めず、維持・拡大することが鍵であり、価格転嫁対策を強化するとともに、生産性向上を促進する。また、最低賃金について、全国加重平均1,000円達成後も、地域間格差の是正を含めて継続的に引き上げる。加えて、非正規労働者の正規化やキャリアアップにつながる転職を後押しする。また、いわゆる年収の壁（106万円・130万円）を意識せずに働く時間を延ばせる環境づくりを後押しするため、年内に支援強化パッケージを決定・実行し、さらに、制度の見直しに取り組む。

今後、春季労使交渉の結果が各企業の賃上げに反映されるとともに、輸入物価の下落等を背景に物価上昇はプラス幅が縮小し、実質賃金はプラスとなることが期待される。今後は、経済・物価動向を見極めつつ、激変緩和対策を段階的に縮小・廃止するとともに、物価高の影響を強く受ける低所得者・地域等に、重点を絞ってきめ細かく支援する。

② 国内投資の拡大による供給力強化

民間の投資意欲が高まっているこの機を逃さず、生産性向上とイノベーション促進による供給力強化に向けた民間投資を引き出し、自律的な投資拡大につなげていく。このため、GX、DX、経済安全保障などの重点分野で、国が呼び水となる政策を実行し、民間投資115兆円を早期に実現する。

③ 国土強靱化等の安全・安心

国民の安全・安心の観点から、大雨等の災害への対応に万全を期すとともに、生産性を高める社会資本整備等の取組を進める。

2. 令和6年度予算編成に向けて

上述のマクロ経済運営の方向性を踏まえ、来年度予算編成に当たっては、骨太方針2023に従って、予算編成を進めていく。その際、以下に留意する。

① 歳出改革における重点課題

- ・コロナ禍を脱し、経済が正常化していく中で、歳出効率化を徹底し、歳出構造を平時に戻していく。
- ・来年度も引き続き継続的な賃上げの流れが定着するよう、予算編成に当たっては、歳出の目安に沿って、経済・物価動向等を踏まえる。
- ・需給ギャップの解消が近付く中、供給力強化を通じた潜在成長力の引上げが、物価安定の下で持続的成長を実現するための重要課題となる。社会課題を解決する中長期的計画的な投資の実現に向けて、官が的を絞った公的支出を行い、これを呼び水として民間投資を拡大させるという取組を強化する。
- ・分厚い中間層の復活に向けて、構造的賃上げを通じた実質賃金の引上げ、さらには、全世代型社会保障制度の構築等を進める。

② 歳出改革の充実に向けて

- ・EBPM・PDCAを活用したワイスペンディングを徹底することで、歳出全体を通じた優先順位を明確化し、資源配分の最適化を図る。
- ・デジタル行財政改革の基盤として、国・地方共通の予算・執行・決算制度のデジタル連結による一気通貫の見える化を進める。
- ・累次の経済対策で残高が10兆円台の半ばまで積み上がっている基金について、執行管理のみならず、EBPMに向けたアウトカム指標の強化、民間の予見可能性の向上、データに基づく適切なマクロ経済運営の観点からも、多年度でのPDCAを強化する。このため、各基金が翌年度を含む中期の支出見通しを早期に公表する。

令和6年度予算政府案について

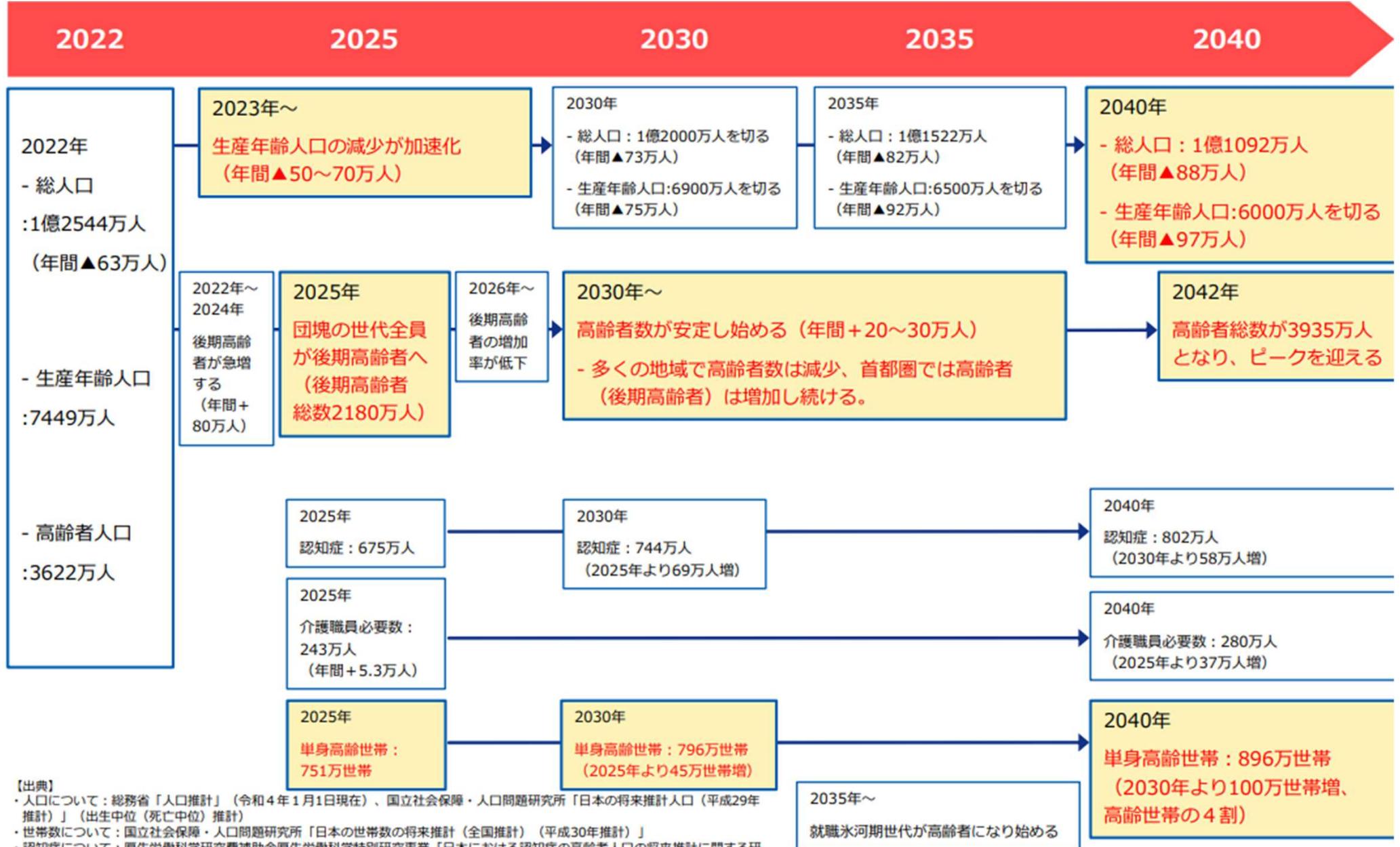
概算の変更に伴い「令和6年度予算のポイント」が以下のとおりとなっております
(下線部が変更箇所)。

令和6年度予算のポイント

頁	新 (令和6年1月16日閣議決定)	旧 (令和5年12月22日閣議決定)																																																																																
1	<p>令和6年度予算フレーム (概要)</p> <p style="text-align: right;">(単位: 億円)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>5年度予算 (当初)</th> <th>6年度予算</th> <th>増減</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>歳出</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>一般歳出</td> <td>727,317</td> <td><u>677,764</u></td> <td><u>▲49,554</u></td> </tr> <tr> <td>社会保障関係費以外 (注3・4)</td> <td>308,630</td> <td><u>290,571</u></td> <td><u>▲18,060</u></td> </tr> <tr> <td>物価・賃上げ促進予備費 (注5)</td> <td>50,000</td> <td>10,000</td> <td>▲40,000</td> </tr> <tr> <td>計</td> <td>1,143,812</td> <td><u>1,125,717</u></td> <td><u>▲18,095</u></td> </tr> <tr> <td>歳入</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>公債金</td> <td>356,230</td> <td><u>354,490</u></td> <td><u>▲1,740</u></td> </tr> <tr> <td>特例公債 (赤字公債)</td> <td>290,650</td> <td><u>288,700</u></td> <td><u>▲1,950</u></td> </tr> <tr> <td>計</td> <td>1,143,812</td> <td><u>1,125,717</u></td> <td><u>▲18,095</u></td> </tr> </tbody> </table> <p>(注4) 6年度予算の一般予備費は、令和6年能登半島地震の復旧・復興のフェーズ等に応じ切れ 目なく機動的な対応が可能となるよう5年度予算から5,000億円増額して1兆円を計上。</p> <p>(注5) 「物価・賃上げ促進予備費」は「原油価格・物価高騰対策及び賃上げ促進環境整備対応予備費」の略称。なお5年度予算(当初)の計数は、「新型コロナウイルス感染症及び原油価格・物価高騰対策予備費」及び「ウクライナ情勢経済緊急対応予備費」の合計額。</p> <p>(注6) 税収には印紙収入を含む。</p> <p>(注7) 6年度予算の公債依存度は、<u>31.5%</u>。</p>		5年度予算 (当初)	6年度予算	増減	歳出				一般歳出	727,317	<u>677,764</u>	<u>▲49,554</u>	社会保障関係費以外 (注3・4)	308,630	<u>290,571</u>	<u>▲18,060</u>	物価・賃上げ促進予備費 (注5)	50,000	10,000	▲40,000	計	1,143,812	<u>1,125,717</u>	<u>▲18,095</u>	歳入				公債金	356,230	<u>354,490</u>	<u>▲1,740</u>	特例公債 (赤字公債)	290,650	<u>288,700</u>	<u>▲1,950</u>	計	1,143,812	<u>1,125,717</u>	<u>▲18,095</u>	<p>令和6年度予算フレーム (概要)</p> <p style="text-align: right;">(単位: 億円)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>5年度予算 (当初)</th> <th>6年度予算</th> <th>増減</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>歳出</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>一般歳出</td> <td>727,317</td> <td>672,764</td> <td>▲54,554</td> </tr> <tr> <td>社会保障関係費以外 (注3)</td> <td>308,630</td> <td>285,571</td> <td>▲23,060</td> </tr> <tr> <td>物価・賃上げ促進予備費 (注4)</td> <td>50,000</td> <td>10,000</td> <td>▲40,000</td> </tr> <tr> <td>計</td> <td>1,143,812</td> <td>1,120,717</td> <td>▲23,095</td> </tr> <tr> <td>歳入</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>公債金</td> <td>356,230</td> <td>349,490</td> <td>▲6,740</td> </tr> <tr> <td>特例公債 (赤字公債)</td> <td>290,650</td> <td>283,700</td> <td>▲6,950</td> </tr> <tr> <td>計</td> <td>1,143,812</td> <td>1,120,717</td> <td>▲23,095</td> </tr> </tbody> </table> <p>(注4) 「物価・賃上げ促進予備費」は「原油価格・物価高騰対策及び賃上げ促進環境整備対応予備費」の略称。なお5年度予算(当初)の計数は、「新型コロナウイルス感染症及び原油価格・物価高騰対策予備費」及び「ウクライナ情勢経済緊急対応予備費」の合計額。</p> <p>(注5) 税収には印紙収入を含む。</p> <p>(注6) 6年度予算の公債依存度は、31.2%。</p>		5年度予算 (当初)	6年度予算	増減	歳出				一般歳出	727,317	672,764	▲54,554	社会保障関係費以外 (注3)	308,630	285,571	▲23,060	物価・賃上げ促進予備費 (注4)	50,000	10,000	▲40,000	計	1,143,812	1,120,717	▲23,095	歳入				公債金	356,230	349,490	▲6,740	特例公債 (赤字公債)	290,650	283,700	▲6,950	計	1,143,812	1,120,717	▲23,095
	5年度予算 (当初)	6年度予算	増減																																																																															
歳出																																																																																		
一般歳出	727,317	<u>677,764</u>	<u>▲49,554</u>																																																																															
社会保障関係費以外 (注3・4)	308,630	<u>290,571</u>	<u>▲18,060</u>																																																																															
物価・賃上げ促進予備費 (注5)	50,000	10,000	▲40,000																																																																															
計	1,143,812	<u>1,125,717</u>	<u>▲18,095</u>																																																																															
歳入																																																																																		
公債金	356,230	<u>354,490</u>	<u>▲1,740</u>																																																																															
特例公債 (赤字公債)	290,650	<u>288,700</u>	<u>▲1,950</u>																																																																															
計	1,143,812	<u>1,125,717</u>	<u>▲18,095</u>																																																																															
	5年度予算 (当初)	6年度予算	増減																																																																															
歳出																																																																																		
一般歳出	727,317	672,764	▲54,554																																																																															
社会保障関係費以外 (注3)	308,630	285,571	▲23,060																																																																															
物価・賃上げ促進予備費 (注4)	50,000	10,000	▲40,000																																																																															
計	1,143,812	1,120,717	▲23,095																																																																															
歳入																																																																																		
公債金	356,230	349,490	▲6,740																																																																															
特例公債 (赤字公債)	290,650	283,700	▲6,950																																																																															
計	1,143,812	1,120,717	▲23,095																																																																															

全世代型社会保障構築会議 報告書 概要

2040年までの人口等に関する短期・中期・長期の見通し



【出典】
 ・人口について：総務省「人口推計」（令和4年1月1日現在）、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年推計）」（出生中位（死亡中位）推計）
 ・世帯数について：国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計（全国推計）（平成30年推計）」
 ・認知症について：厚生労働科学研究費補助金厚生労働科学特別研究事業「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」（研究代表者：二宮利治（平成27年3月））。各年齢の認知症有病率が一定の場合の将来推計。
 ・介護職員数の必要数について：市町村により第8期介護保険事業計画に位置づけられたサービス見込み量（総合事業を含む）等に基づく都道府県による推計値を集計したもの。

点数関連

令和6年は、
介護・障害報酬、薬価改定は
4月1日

診療報酬は6月1日

(デイケア・デイサービス)

令和6年度診療報酬改定の施行時期等

令和6年度診療報酬改定にかかる主なスケジュール

令和5年 12月	令和6年 1月	2	3	4	5	6	7	8	9
予算編成 大臣折衝 (12月20日)	1月12日 中医協諮問	2月14日 中医協答申	3月5日 関係告示等 3月下旬 電子点数表公布	4月1日 薬価改定		6月1日施行 (材料価格の 改定を含む)	7月上旬 初回請求	定例報告	
					届出期間 (5月2日～6月3日)		主な経過措置※		

※各診療報酬項目の具体的な経過措置は告示・通知を必ずご確認ください。

従来の改定スケジュール

前年12月	当該年 1月	2	3	4	5	6	7	8	9
予算編成 大臣折衝	1月中旬 中医協諮問	2月上旬 中医協答申	3月上旬 関係告示等 3月下旬 電子点数表公布	4月1日施行	5月上旬 初回請求		定例報告		
				届出期間 (4月1日～4月14日前後)		主な経過措置			

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

(2025年問題とは 団塊の世代が全て75歳以上の高齢者(後期高齢者)になる)

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。

「令和6年度診療報酬改定の基本方針」にて概要確認

※診療報酬について 詳細は3月5日 告示された

- 令和 6 年度の診療報酬改定は、**ポスト 2025 年も見据えた介護報酬及び障害福祉サービス等報酬との同時改定**であること
- **2025 年に向けて地域医療構想**の取組を進めるとともに、さらに**医療介護総合確保促進会議**で「**ポスト 2025 年の医療・介護提供体制の姿**」がとりまとめられること
- **感染症法・医療法改正**により新たに追加された「**新興感染症への対応**」を含む5疾病6事業等の見直しを行う**第8次医療計画**が令和6年度から開始になること
- **医師の働き方改革**として **2024 年 4 月に労働時間上限規制等、改正労働基準法**および**改正医療法**が施行すること
- **医療 DX** の実現に向けて、**医療 DX 推進本部**等において議論が進められていること
- 革新的な医薬品や医療ニーズの高い医薬品の日本への早期上市や医薬品の安定的な供給を図る観点から、「**医薬品の迅速・安定供給実現に向けた総合対策に関する有識者検討会**」において、**流通、薬価制度、産業構造の検証**など幅広く議論し、とりまとめが行われること
- **プログラム医療機器** (SaMD) の評価体系を検証し、今後のあり方について検討が求められていること

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年度診療報酬改定における主要な改定項目①

1. 賃上げ・基本料等の引き上げ

- 医療従事者の人材確保や賃上げのためのベースアップ評価料により2.3%を目途とした賃上げを実施。
- 40歳未満勤務医師や事務職員の賃上げ及び入院料の通則の改定に伴う入院基本料等の引き上げ。
- 入院料通則においては、栄養管理体制の基準の明確化、人生の最終段階における意思決定支援及び身体的拘束の最小化の取組を要件化。
- 標準的な感染対策実施と賃上げを念頭においた初再診料の引き上げ。

(新) 外来・在宅ベースアップ評価料 (I)
 1 初診時6点/ 2 再診時等 2点 等
 (新) 入院ベースアップ評価料 1~165点

【一般病棟入院基本料】
 急性期一般入院料 1 1,688点
 【特定機能病院入院基本料】
 7対1入院基本料 (一般病棟の場合) 1,822点

【初診料・再診料等】
 初診料 291点
 再診料 75点

2. 医療DXの推進

- 医療情報取得加算が新設され、マイナ保険証の利用による効率的な情報の取得は1点となり、3月に1回に限り再診時においても評価。
- 医療DX推進体制整備加算により、マイナ保険証の診察室等での活用、電子処方箋及び電子カルテ情報共有サービスの整備が要件。また、令和6年10月からマイナ保険証の利用率が施設要件として適応される。
- 在宅医療DX情報活用加算により、マイナ保険証による情報を用いた訪問診療計画の立案による質の高い在宅診療を推進。

(新) 医療情報取得加算

初診時
 医療情報取得加算 1 3点
 医療情報取得加算 2 1点
 再診時 (3月に1回に限り算定)
 医療情報取得加算 3 2点
 医療情報取得加算 4 1点

(新) 医療DX推進体制整備加算 (初診時) 8点
 (新) 在宅医療DX情報活用加算 (月1回) 10点

3. ポストコロナにおける感染症対策の推進

- 改正感染症法及び第8次医療計画に基づく、協定指定医療機関であることを感染対策向上加算および外来感染対策向上加算の要件として規定。外来感染対策向上加算の施設基準に罹患後症状に係る対応を明記。
- 発熱外来に代わる発熱患者等対応加算を新設。抗菌薬の適正使用も抗菌薬適正使用体制加算として評価。
- 入院患者に対して、特定感染症入院医療管理加算を新設し、感染対策を引き続き評価。
- また、個室で空気感染及び飛沫感染を生じる感染症等においては、特定感染症患者療養環境加算として個室管理等を評価。

(新) 特定感染症入院医療管理加算
 治療室の場合 200点
 それ以外の場合 100点

(新) 特定感染症患者療養環境特別加算
 個室加算 300点
 陰圧室加算 200点

(新) 発熱患者等対応加算 20点

(新) 抗菌薬適正使用体制加算 5点

(新) 急性期リハビリテーション加算
50点 (14日目まで)

令和6年度診療報酬改定における主要な改定項目②

4. 同時報酬改定における対応

- コロナ禍の経験を踏まえた、地域における協力医療機関に関する体制整備の推進も含めた、医療機関と介護保険施設等との連携の強化。
- かかりつけ医とケアマネ等との連携強化。
- 障害者支援施設に入所する末期悪性腫瘍患者に対する訪問診療料等の費用を医療保険からの給付とするよう見直し。
- 医療的ケア児（者）に対する、入院前支援の評価。
- 有床診療所における障害連携の評価の充実。

【地ケア・在支診/病・後方支援病院】
介護保険施設等の協力医療機関となることを望ましいこととして要件化

（新）協力対象施設入所者入院加算（入院初日）

1 往診が行われた場合	600点
2 1以外の場合	200点

（新）介護保険施設等連携往診加算 200点

（新）医療的ケア児（者）入院前支援加算 1,000点

【有床診療所入院基本料】

イ 介護障害連携加算 1	192点
ロ 介護障害連携加算 2	38点

5. 外来医療の機能分化・強化等

- 特定疾患療養管理料の対象疾患から生活習慣病を除外し、療養計画書への同意や診療ガイドラインを参考にすることを要件とした出来高算定による生活習慣病管理料(Ⅱ)を新設。
- 地域包括診療料・加算においてかかりつけ医とケアマネとの連携を促進。
- リフィル処方箋や長期処方等の促進、一般名処方加算の見直し等による後発品使用促進。
- 外来腫瘍化学療法の充実。

（新）生活習慣病管理料（Ⅱ）333点（月1回）

特定疾患処方管理加算 56点

地域包括診療加算 1/2 28点/21点
認知症地域包括診療加算 1/2 38点/31点

【一般名処方加算】
一般名処方加算 1/2 10点/8点

後発医薬品使用体制加算 1/2/3 87点/82点/77点
外来後発医薬品使用体制加算 1/2/3 8点/7点/5点
【薬剤情報提供料】 4点

【処方箋料】 60点

6. 医療機能に応じた入院医療の評価

- 高齢者の急性疾患の治療とともに、早期退院に向けたリハビリ及び栄養管理等を適切に提供する地域包括医療病棟を新設。
- 重症度、医療・看護必要度及び平均在院日数の見直しにより急性期医療の機能分化を促進。
- 働き方改革も踏まえ特定集中治療室管理料（ICU）の見直し及び遠隔ICU加算の新設。
- DPC/PDPSによる、大学病院の医師派遣機能、臓器提供、医療の質向上の取組を新たに評価。
- 療養病棟における医療区分の見直しとともに、中心静脈栄養の評価の見直し等。
- 看護補助体制充実加算の見直しにより経験が豊富な看護補助者や介護福祉士を評価。

（新）地域包括医療病棟入院料 3,050点

（新）特定集中治療室管理料 5・6 8,890点

【急性期充実体制加算】
急性期充実体制加算 1/2 440点/360点（7日以内の期間）等
小児・周産期・精神科充実体制加算
急性期充実体制加算 1/2の場合 90点/60点

回復期リハビリテーション病棟入院料 1 2,229点（体制強化加算は廃止）

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 1 40日以内 2,838点/ 41日以降 2,690点

令和6年度診療報酬改定における主要な改定項目③

7. 質の高い訪問診療・訪問看護の確保

- ▶ 在宅医療におけるICTを用いた医療関係職種・介護関係職種等との連携の推進。
- ▶ 24時間の在宅医療提供体制の充実の推進。
- ▶ 在宅における心不全患者への指導管理に関する評価の充実。
- ▶ 患者の希望に添った看取りの推進に関する見直し。
- ▶ 患者の状態に応じた往診料等の評価の見直し。
- ▶ 在宅時医学総合管理料等の評価の見直し。
- ▶ 専門性の高い看護師を配置やサービスの実績に基づく訪問看護管理療養費の見直し。
- ▶ 訪問看護ステーションにおける24時間対応体制にかかる評価の見直し。

(新) 在宅医療情報連携加算 100点

(新) 在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料 200点

(新) 往診時医療情報連携加算 200点

(新) 緊急往診加算、夜間・休日往診加算、深夜往診加算（その他の場合） 325/405/485点

訪問看護管理療養費（月に2日目以降の訪問の場合）

(新) 訪問看護管理療養費 1 3,000円

(新) 訪問看護管理療養費 2 2,500円

(新) 24時間対応体制加算（訪問看護管理療養費）
イ 24時間対応体制における看護業務の負担軽減の取組を行っている場合 6,800円
ロ 〃の場合 6,500円

8. 重点的な分野における対応

- ▶ 働き方改革も踏まえた救急患者のいわゆる下り搬送の評価。
- ▶ NICUにおける重症児へのより手厚い看護配置（2対1）等に対する評価の新設。
- ▶ 発達障害や不適切な養育に繋がりが得る児への対応強化。
- ▶ 小児に付き添う家族等に配慮した小児入院医療提供体制の推進。
- ▶ 精神科における地域包括ケアを推進する精神科地域包括ケア病棟の新設。
- ▶ 精神病床に入院する患者への入退院支援に対する評価の新設。

(新) 救急患者連携搬送料 600～1,800点

(新) 新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料 14,539点

小児特定疾患カウンセリング料
(新) 初回 800点他

小児入院医療管理料（1日につき）
(新) 看護補助加算 151点
(新) 看護補助体制充実加算 156点

(新) 精神科地域包括ケア病棟入院料 1,535点

(新) 精神科入退院支援加算（退院時1回） 1,000点

個別改定項目/医療資源の少ない地域への対応

- ▶ 急性期入院医療におけるリハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の新設。
- ▶ 病態に応じた早期からの疾患別リハビリテーションに対する評価の新設。
- ▶ 医療と介護における栄養情報連携の推進
- ▶ 入院および外来におけるバイオ後続品の使用促進に関する評価の見直し。
- ▶ 病室単位で届出可能な回復期リハビリテーション病棟入院料の区分の新設。
- ▶ 医療技術評価分科会等の評価を踏まえた対応等

(新) リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算（1日につき） 120点

(新) 急性期リハビリテーション加算 50点

(新) 栄養情報連携料 70点

(新) バイオ後続品使用体制加算 100点

【在宅血液透析指導管理料】
(新) 遠隔モニタリング加算 115点

(新) 回復期リハビリテーション入院医療管理料 1,859点

協会けんぽの健康保険証(被保険者証)

マイナー保険証

(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	キョウカイ 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	99999999	
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	キョウカイ ハナコ 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	99999999	
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。**

3-1. 令和6年度診療報酬改定におけるマイナ保険証利用等に関する診療報酬上の評価(イメージ)

・マイナンバーカードを**常時携帯する者が約4割**となっている現状を踏まえると、**医療現場における利用勧奨が重要。**

《現行》

《見直しイメージ》

R6.6

R6.12

【医療情報・システム基盤整備体制充実加算】

マイナンバーカードや問診票を利用し、「診療情報取得・活用体制の充実」を評価

<初診>

- ・マイナ保険証 利用なし 4点
- ・マイナ保険証 利用あり 2点

【医療情報取得加算】

配点を見直し、継続

<初診>

- ・マイナ保険証利用なし 3点
- ・マイナ保険証利用あり 1点

<再診>

- 2点
- 1点

※答申書付帯意見

令和6年12月2日から現行の健康保険証の発行が終了することを踏まえ、令和6年度早期より、医療情報取得加算による適切な情報に基づく診療の在り方について見直しの検討を行うとともに、医療DX推進体制整備加算について、今後のマイナンバーカードの利用実態及びその活用状況を把握し、適切な要件設定に向けた検討を行うこと。

利用率増加に応じた支援金

【医療DX推進体制整備加算】

マイナ保険証、電子処方箋などの「医療DX推進体制」を評価

<初診> 8点（歯科6点、調剤4点）

施設要件（例）

- ①マイナ保険証での取得情報を診療室で使用できる体制【R6.6～】
- ②マイナ保険証の利用勧奨の掲示【R6.6～】
- ③**マイナ保険証利用実績が一定程度（●%）以上**であること【R6.10～】
- ④電子処方箋を発行できる体制（薬局は受け付ける体制）【R7.4～】
- ⑤電子カルテ情報共有サービスを活用できる体制【R7.10～】



3-2. マイナ保険証利用促進に取り組む医療機関・薬局への支援金

目的

医療機関等において、カードリーダーの操作に慣れない患者への説明など、マイナ保険証の利用勧奨に取り組んでいただくことで、マイナ保険証の利用促進を図ります。

概要

マイナ保険証の利用率(初診・再診・調剤)^{※1}が、2023(R5)年10月から5%ポイント以上増加した医療機関等を対象に、支援を実施します。

※1は次頁参照

期間

2024(R6)年1月～11月

※前半期:2024(R6)年1月～5月(5ヶ月間) / 後半期: 2024(R6)年6月～11月(6ヶ月間)

支援内容

- 前半期(又は後半期)のマイナ保険証平均利用率と、2023(R5)年10月の利用率を比較し、次頁の表の増加量に応じた支援単価を、前半期(又は後半期)のマイナ保険証総利用件数に乗じた額が支援金として交付^{※2}されます。

※2は次頁参照

2-2. マイナ保険証利用促進に取り組む医療機関・薬局への支援金

支援額

2023.10の利用率からの増加量	前半期(2024.1~5)支援単価	後半期(2024.6~11)支援単価
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

支給計算・支払い

- ※ 1:利用率の算出：10月の利用率の場合
「2023(R5)年10月のマイナ保険証利用人数(名寄せ処理後) / 2023(R5)年11月請求分レセプト枚数(外来レセのみ)」
- ※ 2:支援金の交付にあたり医療機関等からの実績報告などは不要です。社会保険診療報酬支払基金より年2回(前半期・後半期)交付します。また、1月より、社会保険診療報酬支払基金より各医療機関等に対して、毎月のマイナ保険証の利用実績を通知しています。

【掲示用ポスター】

とっても簡単!



マイナンバーカード

1  **受付**

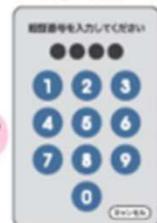
マイナンバーカードを
カードリーダーに
置いてください。



マイナンバーカード

2  **本人確認**

顔認証または
4桁の暗証番号を入力してください。

顔認証  or  暗証番号

3  **同意の確認**

診察室等での診療・服薬・健診情報の
利用について確認してください。

過去の情報を 利用いたします	(40歳以上対象) 過去の情報を 利用いたします
過去の診療以外に服薬・検査結果 も合わせて提供することになります。 この情報はあなたの診療や検査等 のために使われます。	過去の検査結果も合わせて提供す ることになります。この情報はあなたの 診療や検査等のために使われます。
<input type="checkbox"/> 同意しない	<input type="checkbox"/> 同意しない-40歳未満
<input type="checkbox"/> 同意する	<input type="checkbox"/> 同意する

※高額療養費制度をご利用される方は、続けて同意・選択をお願いします。

4  **受付完了**

お呼びするまでお待ちください。



カードを忘れずに!

医療DXを通じた質の高い医療の提供にご協力ください。

【配布用チラシ】

⚠️ ご注意ください!

本年**12月2日**から
現行の健康保険証は
発行されなくなります

※12月2日時点で有効な保険証は最大1年間有効です

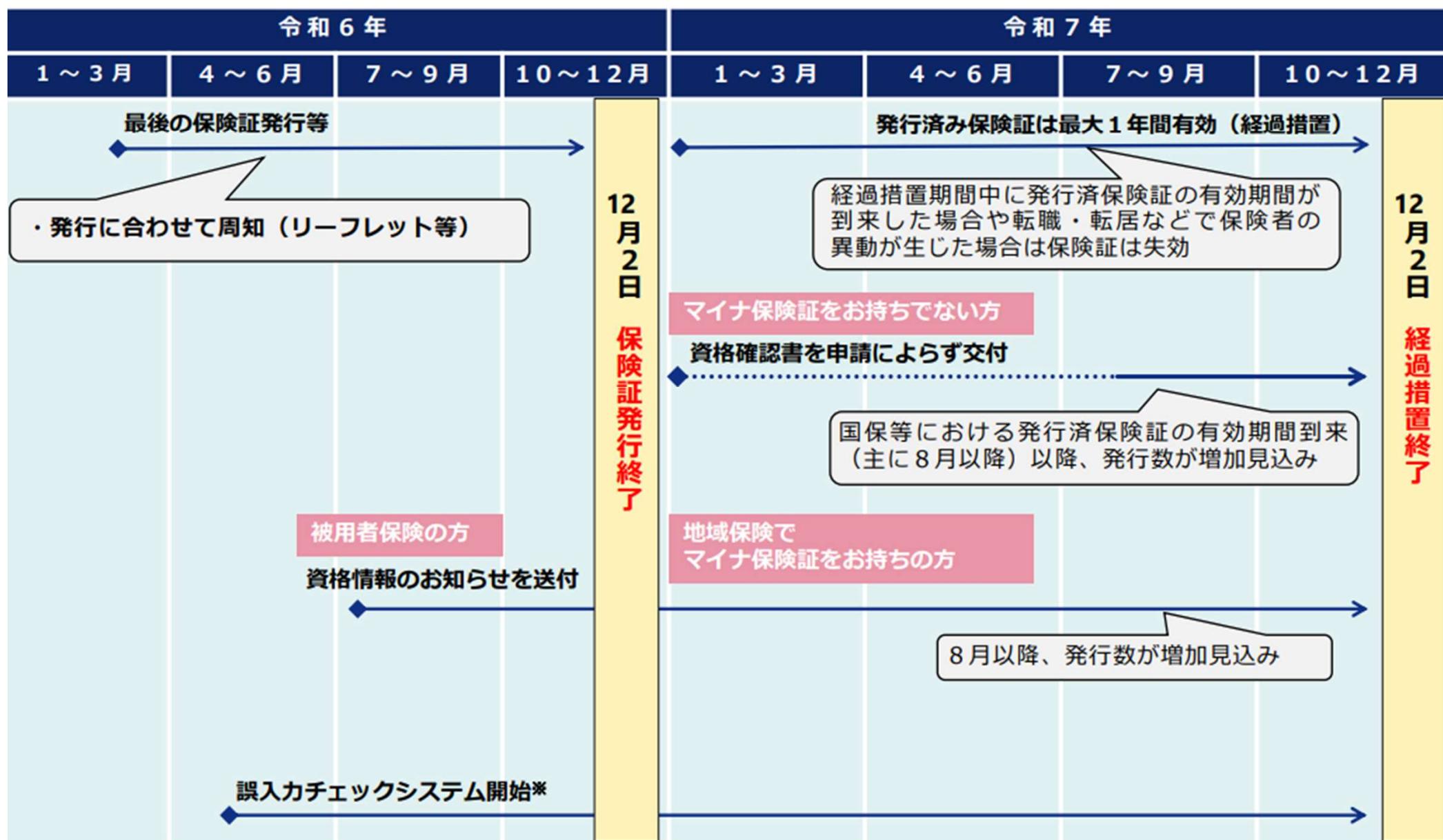
**マイナンバーカード
をご提示ください**

今回お持ちでない方は次回ご持参ください



マイナンバーカードの保険証利用登録がまだの方
➡ 初回登録も窓口でできます

マイナ保険証への円滑な移行に向けた対応



※ データ登録時に全件住民基本台帳のデータと突合

○ これまでのオンラインセミナーのご紹介

▶ 厚生労働省では、各医療機関・薬局におけるマイナ保険証の利用促進に役立つ動画を多数ご用意しています。ぜひこちらもお覧ください。

- マイナンバーカードの保険証利用を推進するための オンラインセミナー(令和5年10月配信)
[\(全保険医療機関・薬局向け\)マイナンバーカードの保険証利用を推進するためのオンラインセミナー - YouTube](#)
- マイナ保険証支援金セミナー & 報酬改定のプチお知らせ(令和6年1月配信)
[マイナ保険証支援金セミナー & 診療報酬のプチお知らせ - YouTube](#)
- マイナ保険証支援金セミナー & 報酬改定のプチお知らせ(令和6年1月配信)
[マイナ保険証支援金セミナー & 診療報酬のプチお知らせ - YouTube](#)
- 賃上げ等に関する診療報酬改定 & マイナ保険証の利用促進に関するオンラインセミナー(令和6年2月配信)
[賃上げ等に関する診療報酬改定 & マイナ保険証の利用促進に関するオンラインセミナー\(日本医師会との共同開催\) - YouTube](#)
- **(New)マイナ保険証移行・電子処方箋導入への医療機関・薬局向けセミナー
～高利用率 & 支援金ゲットのメソッドをお伝えします～(令和6年3月配信)**
[マイナ保険証移行・電子処方箋導入への医療機関・薬局向けセミナー～高利用率 & 支援金ゲットのメソッドをお伝えします～ - YouTube](#)

ポスト2025を見据えた地域包括ケアシステムの深化・推進

- コロナ禍の経験を踏まえて、介護保険施設等と地域包括ケア病棟を持つ医療機関や在宅支援診療所の平時および急変時における対応の強化に関する評価の見直し等を実施。
- また、在宅医療分野においては、患者の望む医療・ケアの提供を推進する観点から、ICTを用いた情報連携に関する評価の見直し等を行うとともに、患者の状態に応じた在宅医療の提供を推進する観点から、評価の見直し等を実施。

マイナ保険証やICTを用いた情報連携

- ・ 在宅医療DX情報活用加算の新設によるマイナ保険証を活用した情報連携を推進
- ・ 在宅医療情報連携加算、往診時医療情報連携加算、介護保険施設等連携往診加算等の新設により平時からの介護サービス事業者等との連携促進



人生の最終段階における医療・ケアの充実

- ・ 適切な意思決定支援に係る指針の作成に関する要件の対象拡大
- ・ 在宅麻薬等注射指導管理料の新設（心不全等の患者）
- ・ 在宅強心剤持続投与指導管理料の新設
- ・ 在宅ターミナルケア加算等の見直し
- ・ ICTを用いた情報連携に関する緩和ケア病棟緊急入院初期加算の要件緩和

在宅療養支援診療所・病院



在宅療養支援診療所・病院における評価の見直し

- ・ 在支診・病でない医療機関との連携の推進に関する評価の新設
- ・ 訪問診療の回数が多い場合の施設総管等（複数人）の見直し※
- ・ 訪問診療の頻度が多い場合の在宅患者訪問診療料の見直し
- ・ 訪問栄養食事指導に係る要件見直し
- ・ データ提出に関する要件見直し（機能強化型に限る）

※在支診・病でない医療機関においても同様



医療機関と介護保険施設等の平時からの連携の推進等

- ・ 協力医療機関になることを望ましい要件に
- ・ 感染対策向上加算等の専従要件緩和
- ・ 平時からの連携を要件とした評価の新設



地域包括診療料・加算の見直し

- ・ サービス担当者会議/地域ケア会議への参加経験あるいはいわゆるケアマネタイム設置の要件化
- ・ 認知症研修の要件化（望ましい要件）

介護サービス

地域医療支援病院

<https://www.pref.aichi.jp/soshiki/imu/0000035382.html>

地域医療支援病院について

ページID:0374974 掲載日:2023年11月1日更新  [印刷ページ表示](#)

地域医療支援病院は、かかりつけ医、かかりつけ歯科医を支援し、2次医療圏単位で地域医療の充実を図る病院として、医療法第4条の規定に基づき都道府県知事が地域医療支援病院として承認した病院です。

本県内の地域医療支援病院の一覧は下表のとおりです。

また、医療法第12条の2第2項及び医療法施行規則第9条の2第3項に基づき、地域医療支援病院の令和4年度業務報告を公表しています。

一宮市立市民病院	尾張西部	一宮市	平成24年9月24日	 4一宮市立市民病院 [PDFファイル/250KB]
総合大雄会病院	尾張西部	一宮市	平成23年3月22日	 4総合大雄会病院 [PDFファイル/217KB]
春日井市民病院	尾張北部	春日井市	平成24年9月24日	 4春日井市民病院 [PDFファイル/206KB]

オンライン資格確認のメリット

患者

- ・マイナンバーカードを用いて、特定健診情報等、薬剤情報、医療費通知情報を閲覧できます。本人が同意をすれば、医療関係者と共有し、より良い医療を受けることが出来るようになります。
- ・限度額適用認定証等がなくても、窓口での限度額以上の一時的な支払いが不要となります。（従来は、一時的に支払いをした後に還付を受けるか、事前に医療保険者等に限度額適用認定証等を申請する必要がありました。）
- ・転職等のライフイベント後でも、健康保険証としてずっと使うことができます（医療保険者等への加入の届出は引き続き必要です）。国民健康保険や後期高齢者医療に加入している際の定期的な保険証の更新が不要になります。また、高齢受給者証（70歳から75歳になるまでの間、自己負担割合を示す証明書）の持参が不要になります。
- ・顔認証により本人確認と保険証確認が同時に行われ、受付が円滑になります。保険医療機関等の窓口での資格確認がシステム化されることで、待ち時間が減少することがあります。

医療機関・薬局

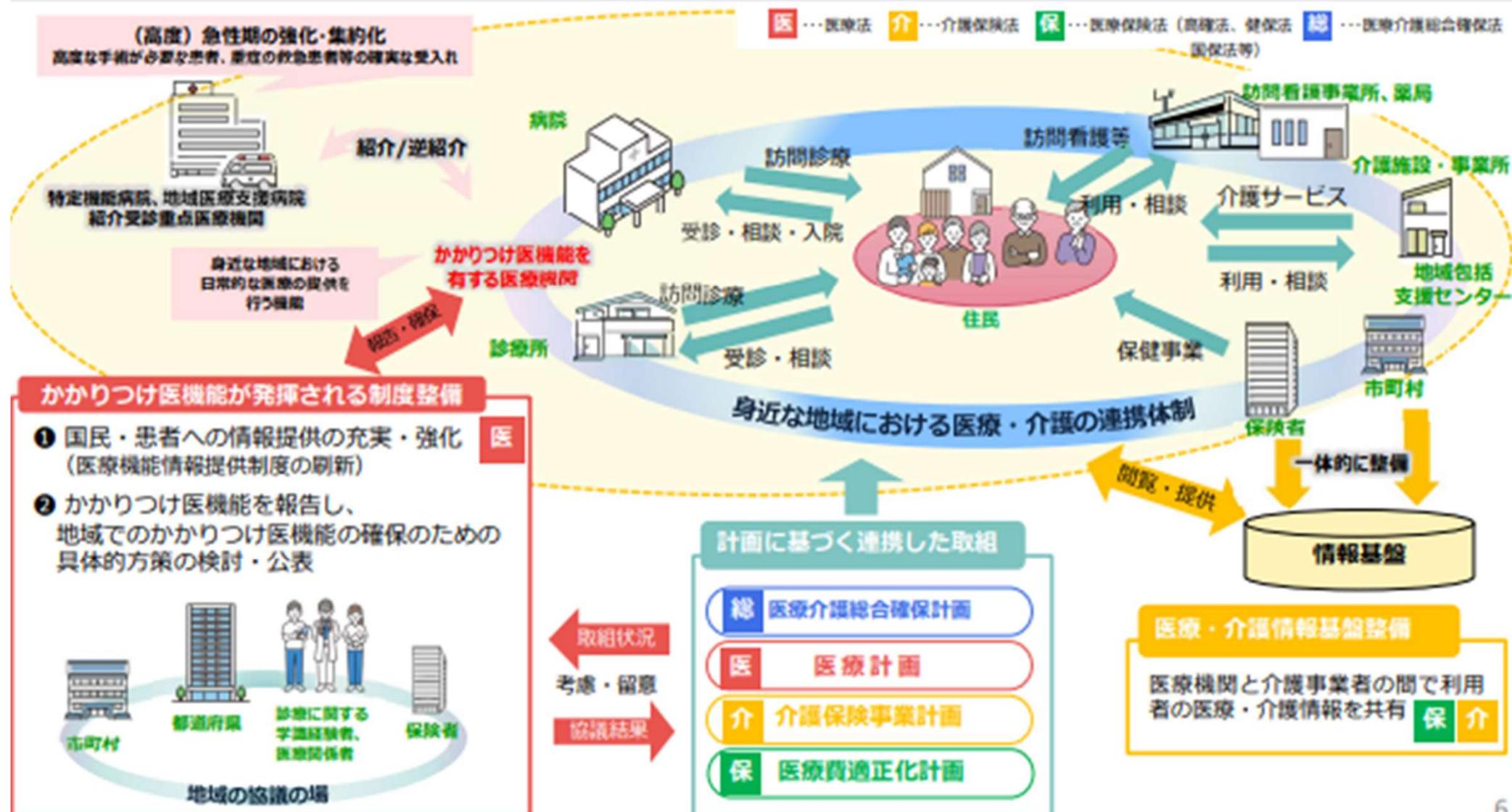
- ・病院システムへの資格情報の入力の手間が軽減され、誤記リスクが減少します。
- ・正しい資格情報の確認ができないことでレセプト請求後に返戻されていましたが、オンラインでの即時の資格確認によりレセプトの返戻を回避でき、患者等への確認事務が減少します。未収金の減少につながります。
- ・マイナンバーカードを持っている患者の同意を得て、薬剤情報、特定健診情報等を閲覧することが出来るようになり、より正確な情報に基づく適切な医療を提供することが出来ます。
- ・災害時には、マイナンバーカードを持っていない患者であっても、薬剤情報、特定健診情報等を閲覧することが可能となります。（患者の同意は必要です。）
- ・被保険者証の資格確認がシステム化されることで、窓口の混雑が緩和されます。

保険者

- ・資格喪失後の被保険者証の使用が抑制されます。
- ・資格喪失後の被保険者証の使用や被保険者番号の誤記による過誤請求の事務処理負担（資格喪失や異動後の資格情報の照会、医療保険者間調整、本人への請求等の事務作業）が減少します。
- ・限度額適用認定証等の適用区分や負担割合等が保険医療機関等に正確に伝わり、レセプトにかかる保険医療機関等との調整が減少します。
- ・限度額適用認定証等の申請にかかる事務手続きや認定証等の発行が減少します。

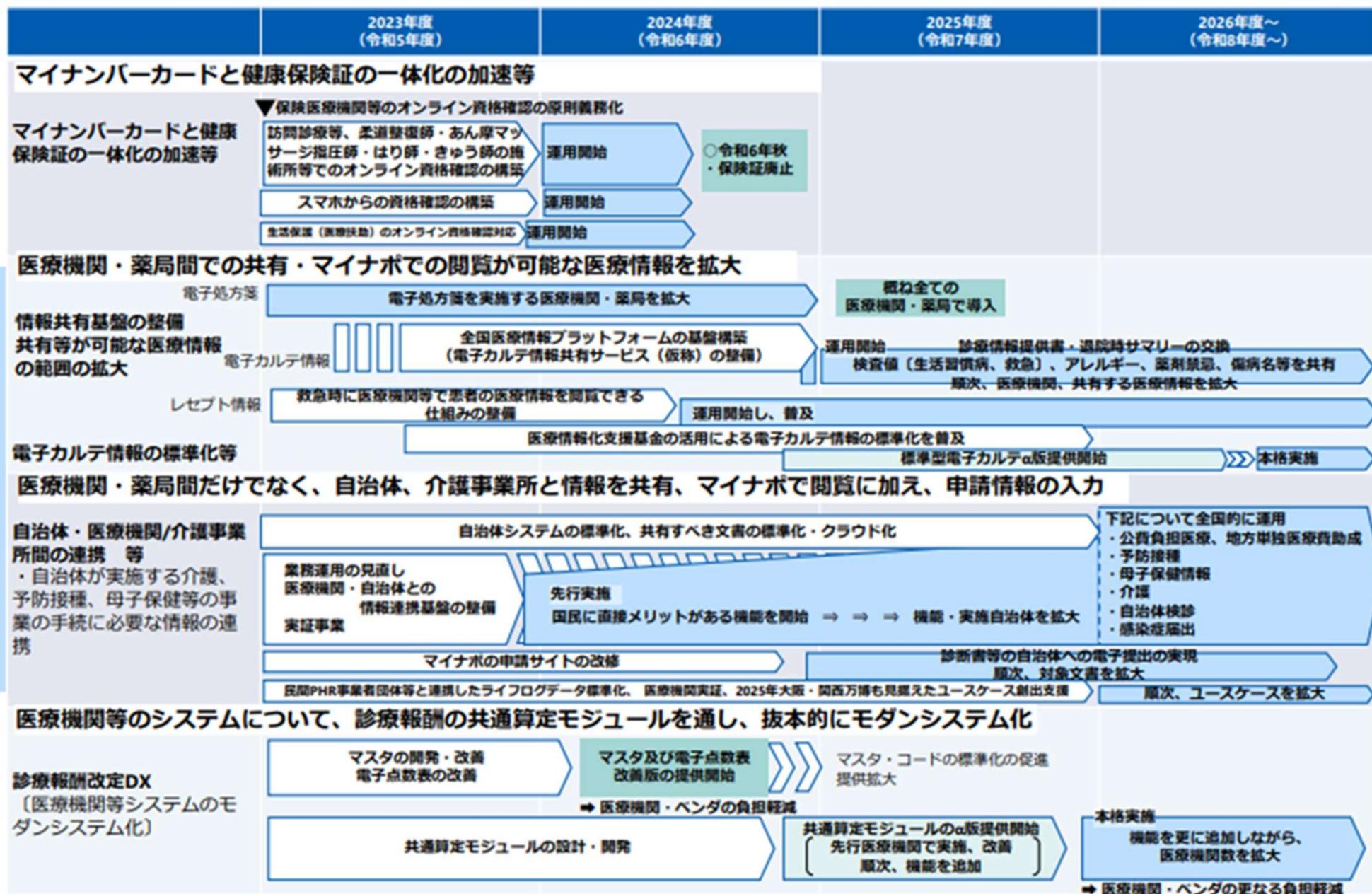
地域完結型の医療・介護提供体制の構築

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。



WEB戦略

医療DXの推進に関する工程表〔全体像〕



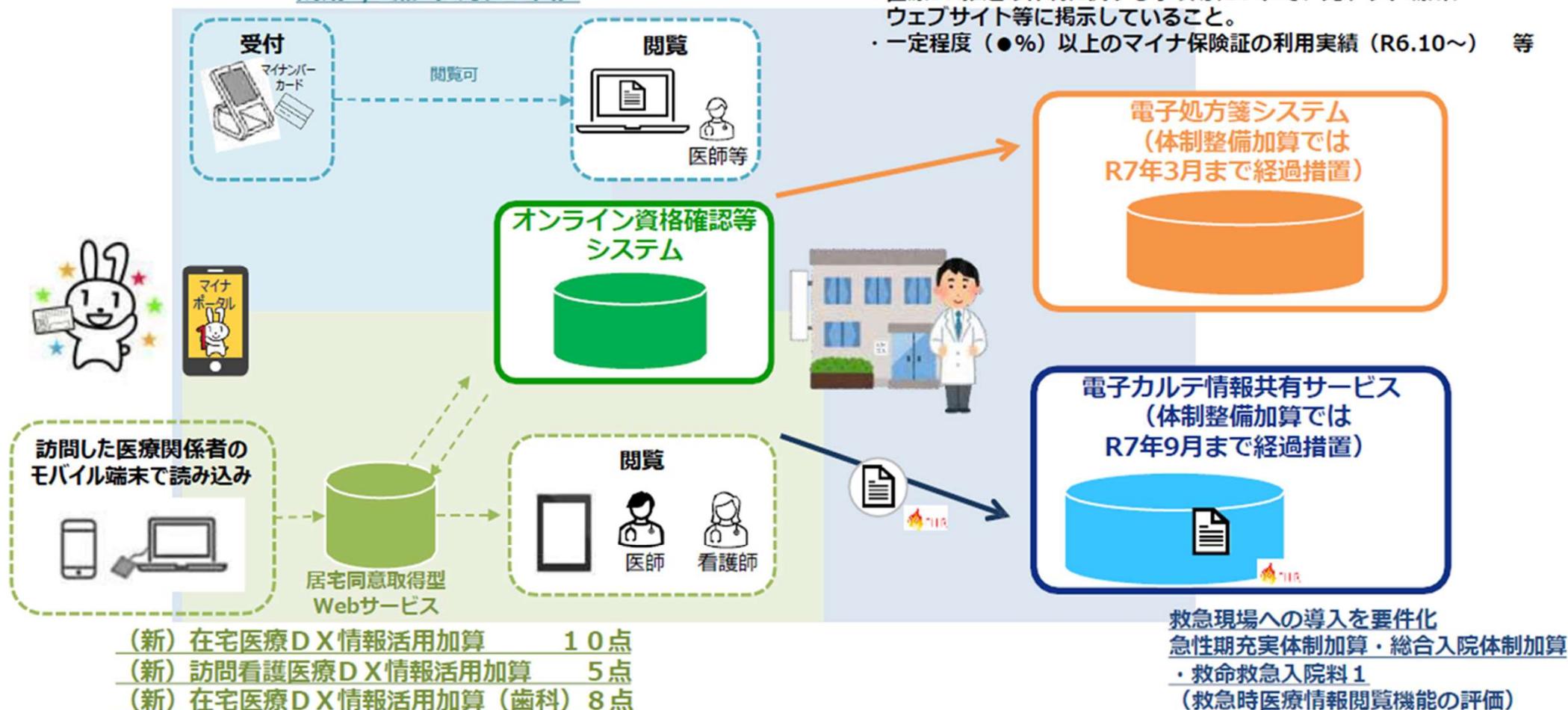
令和6年度診療報酬改定における医療DXに係る全体像

- 医療DX推進体制整備加算により、マイナ保険証利用により得られる薬剤情報等を診察室等でも活用できる体制を整備するとともに、電子処方箋及び電子カルテ情報共有サービスの整備、マイナ保険証の利用率を要件とし、医療DXを推進する体制を評価する。（電子処方箋等は経過措置あり）

(新) 医療情報取得加算 初診3/1点 再診2/1点 (3月に1回)
調剤3/1点 (6月に1回)

(新) 医療DX推進体制整備加算 8点、6点(歯科)、4点(調剤)

- ・医療DX推進の体制に関する事項等について、見やすい場所、ウェブサイト等に掲示していること。
- ・一定程度(●%)以上のマイナ保険証の利用実績(R6.10～)等



※答申書附帯意見 令和6年12月2日から現行の健康保険証の発行が終了することを踏まえ、令和6年度早期より、医療情報取得加算による適切な情報に基づく診療の在り方について見直しの検討を行うとともに、医療DX推進体制整備加算について、今後のマイナンバーカードの利用実態及びその活用状況を把握し、適切な要件設定に向けた検討を行うこと。

診療圏調査

クリニック開業前には、診療圏調査をおこなうことが必須です。診療圏の範囲は診療科によって異なるので、マイナー科であればより広い範囲を調査することが必要です。

ホームページやSNSを駆使する

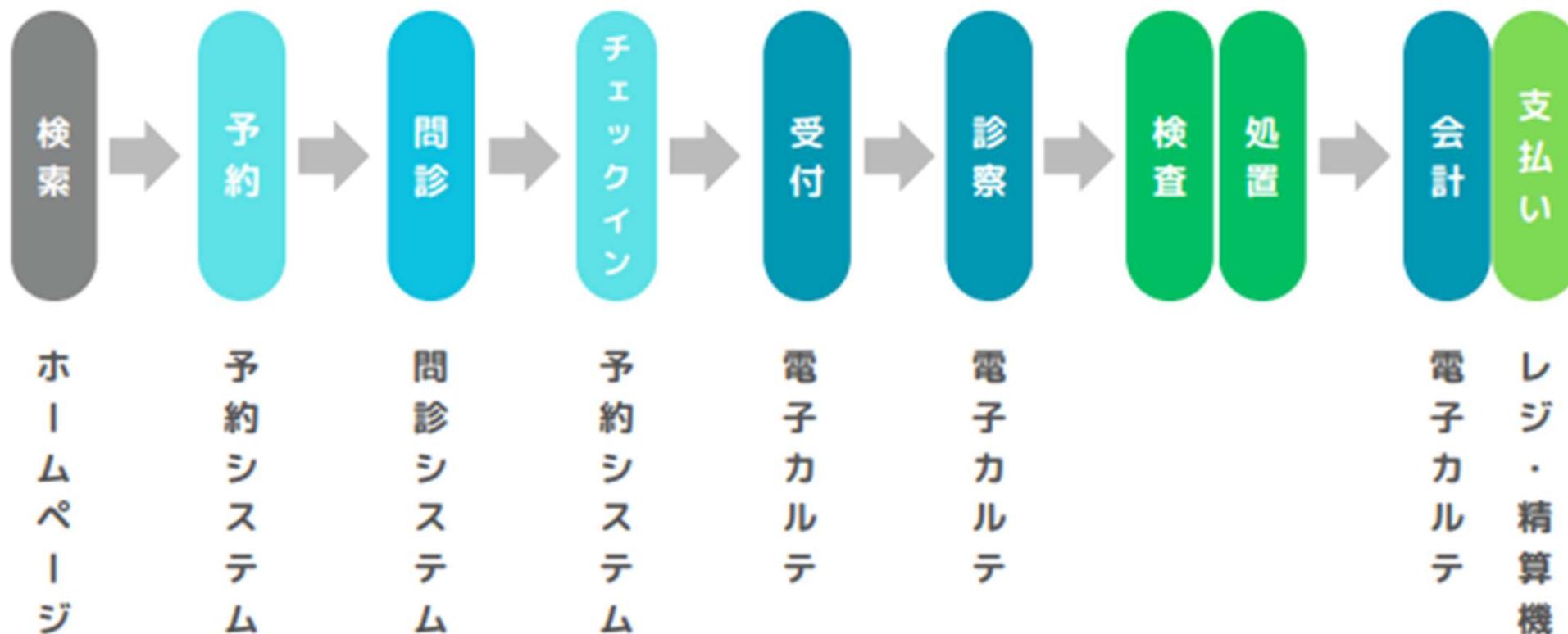
開業にあたってホームページを作成することは必須です。

また、ホームページやSNSから情報を発信することも大切です。

SEO対策、MEO対策

より多くの人に自院のサイトを来訪してもらえるよう、SEO対策、MEO対策はしっかりとおこなうことが必要です。

忘れてならないDX



受付(待合側)



受付（スタッフ側）



待合室



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。

保険診療等の理解のために（令和5年度）

<https://www.mhlw.go.jp/content/001113679.pdf>

保険診療の理解のために

【医科】
（令和5年度）

本資料は令和4年度診療報酬改定に基づいて作成しています。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5年度）

本資料は令和4年度診療報酬改定に基づいて作成し、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届出の取扱いの臨時的な変更等があるので、ご所属で診療報酬請求をするにあたってはその時点での請求を行ってください。

厚生労働省保険局医療課医療指

保険調剤の理解のために

（令和5年度）

本資料は、令和4年度調剤報酬改定に基づいて作成しています。調剤報酬請求に当たっては、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、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

<https://www.mhlw.go.jp/content/001169307.pdf>

診療報酬点数表

医科点数表の解釈

令和4年4月版

社会保険研究所

歯科点数表の解釈

令和4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

初再診料等の評価の見直し

初再診料等の評価の見直し

- 外来診療における標準的な感染防止対策を日常的に講じることが必要となったこと、職員の賃上げを実施すること等の観点から、**初診料を3点**、**再診料と外来診療料をそれぞれ2点**引き上げる。

現行

【初診料】	
初診料	288点
情報通信機器を用いた初診料	251点
初診料の注2・注3・注4	214点
情報通信機器を用いた場合	186点
初診料の注5	144点
情報通信機器を用いた場合	125点
注2～4に規定する場合	107点
情報通信機器を用いた場合	93点
【再診料】	
再診料	73点
情報通信機器を用いた再診料	73点
再診料の注2	54点
再診料の注3	37点
再診料の注2に規定する場合	27点
【外来診療料】	
外来診療料	74点
情報通信機器を用いた外来診療料	73点
外来診療料の注2・注3・注4	55点
外来診療料の注5	37点
注2～4に規定する場合	27点



改定後

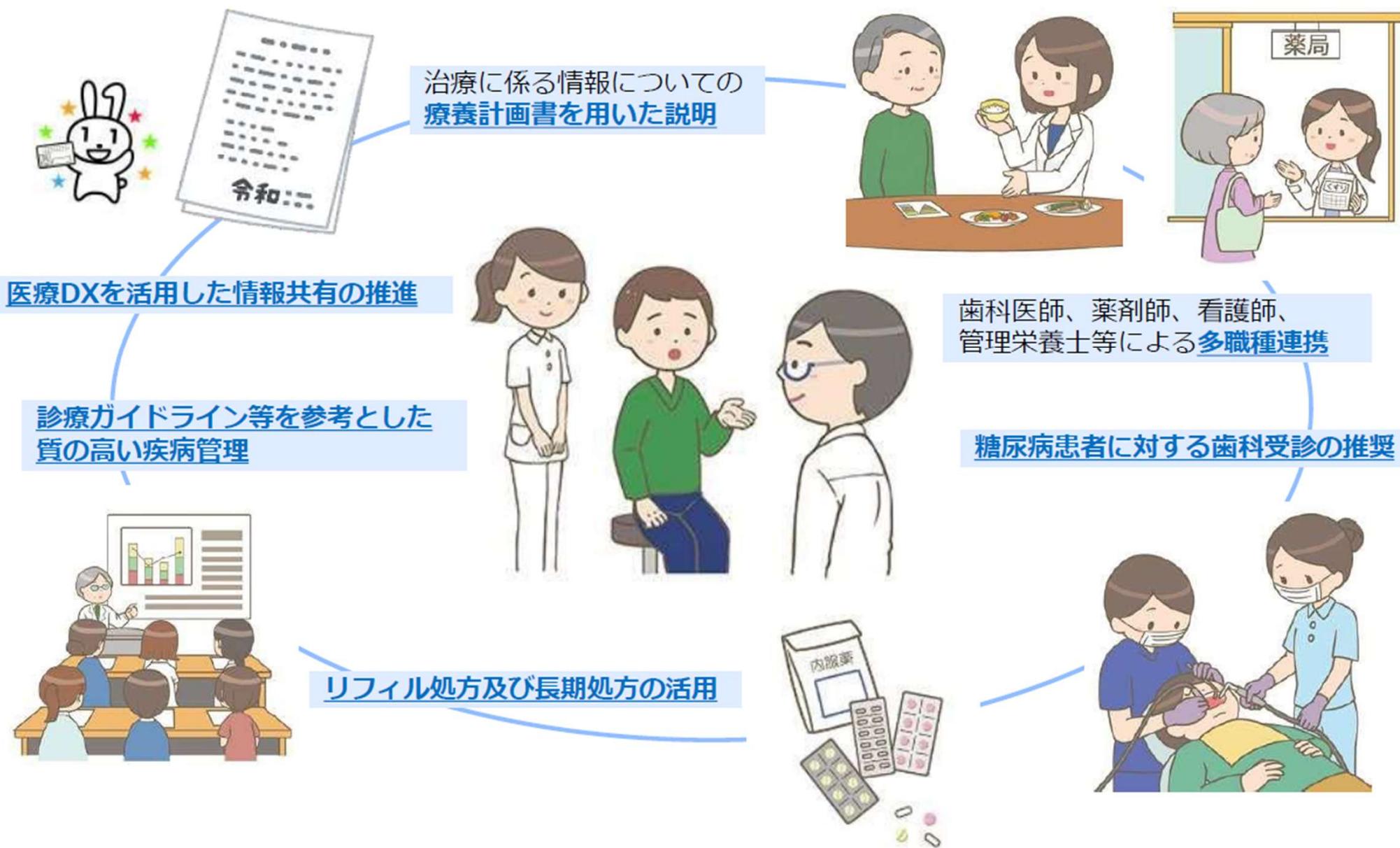
【初診料】	
初診料	<u>291点</u>
情報通信機器を用いた初診料	<u>253点</u>
初診料の注2・注3・注4	<u>216点</u>
情報通信機器を用いた場合	<u>188点</u>
初診料の注5	<u>146点</u>
情報通信機器を用いた場合	<u>127点</u>
注2～4に規定する場合	<u>108点</u>
情報通信機器を用いた場合	<u>94点</u>
【再診料】	
再診料	<u>75点</u>
情報通信機器を用いた再診料	<u>75点</u>
再診料の注2	<u>55点</u>
再診料の注3	<u>38点</u>
再診料の注2に規定する場合	<u>28点</u>
【外来診療料】	
外来診療料	<u>76点</u>
情報通信機器を用いた外来診療料	<u>75点</u>
外来診療料の注2・注3・注4	<u>56点</u>
外来診療料の注5	<u>38点</u>
注2～4に規定する場合	<u>28点</u>

生活習慣病対策

- 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を推進するため、主に以下の見直しを行う。
- 1. 生活習慣病管理料（Ⅱ）の新設（Ⅱ-5-①）**
 - 検査等を包括しない生活習慣病管理料（Ⅱ）（333点、月1回に限る。）を新設する。
 - 2. 生活習慣病管理料の評価及び要件の見直し（Ⅱ-5-①）**
 - 生活習慣病管理料における療養計画書を簡素化するとともに、令和7年から運用開始される予定の電子カルテ情報共有サービスを活用する場合、血液検査項目についての記載を不要とする。
 - 診療ガイドライン等を参考として疾病管理を行うことを要件とする。
 - 生活習慣病の診療の実態を踏まえ、少なくとも1月に1回以上の総合的な治療管理を行う要件を廃止する。
 - 歯科医師、薬剤師、看護師、管理栄養士等の多職種と連携することを望ましい要件とするとともに、糖尿病患者に対して歯科診を推奨することを要件とする。
 - 3. 特定疾患療養管理料の見直し（Ⅱ-5-①）**
 - 特定疾患療養管理料の対象疾患から、生活習慣病である、糖尿病、脂質異常症及び高血圧を除外する。
 - 4. 特定疾患処方管理加算の見直し（Ⅱ-5-②）**
 - リフィル処方及び長期処方の活用並びに医療DXの活用による効率的な医薬品情報の管理を適切に推進する観点から、処方料及び処方箋料の特定疾患処方管理加算について、28日未満の処方を行った際の特定疾患処方管理加算1を廃止し、特定疾患処方管理加算2の評価を見直す。また、特定疾患処方管理加算について、リフィル処方箋を発行した場合も算定を可能とする。
 - 5. 地域包括診療料等の見直し（Ⅱ-5-③）**
 - かかりつけ医機能の評価である地域包括診療料等について、リフィル処方及び長期処方の活用を推進する観点から、患者の状況等に合わせて医師の判断により、リフィル処方や長期処方を活用することが可能であることを、患者に周知することを要件に追加する。
 - 6. 慢性腎臓病の透析予防指導管理の評価の新設（Ⅲ-5-④）**
 - 慢性腎臓病に対する重症化予防を推進する観点から、慢性腎臓病の患者に対して、透析予防診療チームを設置し、日本腎臓学会の「エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン」等に基づき、患者の病期分類、食塩制限及び蛋白制限等の食事指導、運動指導、その他生活習慣に関する指導等を必要に応じて個別に実施した場合の評価を新設する。

生活習慣病に係る疾病管理のイメージ

- 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のイメージは以下のとおり。



生活習慣病に係る医学管理料の見直し①

- 生活習慣病に対する質の高い疾病管理を推進する観点から、生活習慣病管理料について要件及び評価を見直す。
- 療養計画書を簡素化するとともに、電子カルテ情報共有サービスを活用する場合、血液検査項目についての記載を不要とする。
 - 診療ガイドライン等を参考として疾病管理を行うことを要件とする。
 - 少なくとも1月に1回以上の総合的な治療管理を行う要件を廃止する。
 - 歯科医師、薬剤師、看護師、管理栄養士等の多職種と連携することを望ましい要件とする。
 - 糖尿病患者に対して歯科受診を推奨することを要件とする。

現行

【生活習慣病管理料】

1 脂質異常症を主病とする場合	570点
2 高血圧症を主病とする場合	620点
3 糖尿病を主病とする場合	720点



改定後

【生活習慣病管理料 (I)】

1 脂質異常症を主病とする場合	610点
2 高血圧症を主病とする場合	660点
3 糖尿病を主病とする場合	760点

改定後

【生活習慣病管理料 (I) の算定要件】 (概要)

- 生活習慣病管理料は、栄養、運動、休養、喫煙、飲酒及び服薬等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行う旨、患者に対して療養計画書により丁寧に説明を行い、患者の同意を得るとともに、当該計画書に患者の署名を受けた場合に算定できるものである。血液検査結果を療養計画書とは別に手交している場合又は患者の求めに応じて、電子カルテ情報共有サービスを活用して共有している場合であって、その旨を診療録に記載している場合は、療養計画書の血液検査項目についての記載を不要とする。
- 当該治療計画に基づく総合的な治療管理は、歯科医師、薬剤師、看護師、薬剤師、管理栄養士等の多職種と連携して実施することが望ましい。
- 「A001」の注8に掲げる医学管理、第2章第1部医学管理等（「B001」の（略）及び同「37」腎臓病透析予防指導管理料を除く。）、第3部検査、第6部注射及び第13部病理診断の費用は全て所定点数に含まれる。
- 患者の求めに応じて、電子カルテ情報共有サービスにおける患者サマリーに、療養計画書での記載事項を入力し、診療録にその記録及び患者の同意を得た旨を残している場合は、療養計画書の作成及び交付をしているものとみなすものとする。ただし、この場合においても、生活習慣病管理料を算定するにあたっては、服薬、運動、休養、栄養、喫煙及び飲酒等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行う旨、丁寧に説明を行い、患者の同意を得ることとする。
- 学会等の診療ガイドライン等や診療データベース等の診療支援情報を参考にする。
- 患者の状態に応じ、28日以上長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であることを当該保険医療機関の見やすい場所に掲示するとともに、患者から求められた場合に適切に対応すること。
- 糖尿病の患者については、患者の状態に応じて、年1回程度眼科の医師の診察を受けるよう指導を行うこと。また、糖尿病の患者について、歯周病の診断と治療のため、歯科受診の推奨を行うこと。
- 生活習慣病管理料 (I) を算定した日の属する月から起算して6月以内の期間においては、生活習慣病管理料 (II) は、算定できない。

生活習慣病に係る医学管理料の見直し②

生活習慣病管理料（Ⅱ）の創設

- 検査等を包括しない生活習慣病管理料（Ⅱ）を新設する。

（新）生活習慣病管理料（Ⅱ） 333点（月1回に限る。）

[算定要件]

- （1）別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。）において、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者（入院中の患者を除く。）に対して、**当該患者の同意を得て治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に**、月1回に限り算定する。ただし、糖尿病を主病とする場合にあっては、区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料を算定しているときは、算定できない。
- （2）生活習慣病管理を受けている患者に対して行った区分番号A001の注8に掲げる医学管理及び第2章第1部医学管理等（区分番号B001の9に掲げる外来栄養食事指導料、区分番号B001の11に掲げる集団栄養食事指導料、区分番号B001の20に掲げる糖尿病合併症管理料、区分番号B001の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料、区分番号B001の24に掲げる外来緩和ケア管理料、区分番号B001の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料、区分番号B001の37に掲げる慢性腎臓病透析予防指導管理料、区分番号B001-3-2に掲げるニコチン依存症管理料、区分番号B001-9に掲げる療養・就労両立支援指導料、B005の14に掲げるプログラム医療機器等指導管理料、区分番号B009に掲げる診療情報提供料（Ⅰ）、区分番号B009-2に掲げる電子的診療情報評価料、区分番号B010に掲げる診療情報提供料（Ⅱ）、区分番号B010-2に掲げる診療情報連携強有料、区分番号B011に掲げる連携強化診療情報提供料及び区分番号B011-3に掲げる薬剤情報提供料を除く。）の費用は、生活習慣病管理料(Ⅱ)に含まれるものとする。
- （4）別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、**生活習慣病管理料(Ⅱ)を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、290点を算定する。**

[施設基準]

- （1）生活習慣病管理に関する総合的な治療管理ができる体制を有していること。なお、治療計画に基づく総合的な治療管理は、歯科医師、看護師、薬剤師、管理栄養士等の多職種と連携して実施することが望ましい。
- （2）患者の状態に応じ、**28日以上長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であることを当該保険医療機関の見やすい場所に掲示すること。**
- （3）生活習慣病管理料(Ⅱ)を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行う場合に係る厚生労働大臣が定める施設基準**情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。**

(別紙様式9)

生活習慣病 療養計画書 初回用

(記入日: 年 月 日)

患者氏名: (男・女)	主病:
生年月日: 明・大・昭・平・令 年 月 日生(才)	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症

ねらい:検査結果を理解できること・自分の生活上の問題点を抽出し、目標を設定できること

【目標】	<input type="checkbox"/> 体重:(kg) <input type="checkbox"/> BMI:() <input type="checkbox"/> 収縮期/拡張期血圧(/ mmHg) <input type="checkbox"/> HbA1c:(%)
	【①達成目標】:患者と相談した目標 () 【②行動目標】:患者と相談した目標 ()

【重点を置く領域と指導項目】	<input type="checkbox"/> 食事摂取量を適正にする <input type="checkbox"/> 食塩・調味料を控える <input type="checkbox"/> 野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす <input type="checkbox"/> 外食の際の注意事項() <input type="checkbox"/> 油を使った料理(揚げ物や炒め物等)の摂取を減らす <input type="checkbox"/> その他()
	<input type="checkbox"/> 節酒:[減らす(種類・量:)を週()回] <input type="checkbox"/> 間食:[減らす(種類・量:)を週()回] <input type="checkbox"/> 食べ方:(ゆっくり食べる・その他()) <input type="checkbox"/> 食事時間:朝食、昼食、夕食を規則正しくとる
	<input type="checkbox"/> 運動処方:種類(ウォーキング・) 時間(30分以上・)、頻度(ほぼ毎日・週()日) 強度(息がはずむが会話が可能な強さ or 脈拍()拍/分 or ()) <input type="checkbox"/> 日常生活の活動量増加(例:1日1万歩・) <input type="checkbox"/> 運動時の注意事項など()
	<input type="checkbox"/> たばこ <input type="checkbox"/> 非喫煙者である <input type="checkbox"/> 禁煙・節煙の有効性 <input type="checkbox"/> 禁煙の実施方法等

【検査】	【血液検査項目】(採血日 月 日) <input type="checkbox"/> 総コレステロール (mg/dl) <input type="checkbox"/> 血糖(空腹時 <input type="checkbox"/> 随時 <input type="checkbox"/> 食後()時間) <input type="checkbox"/> 中性脂肪 (mg/dl) (mg/dl) <input type="checkbox"/> HDLコレステロール (mg/dl) <input type="checkbox"/> HbA1c: (%) <input type="checkbox"/> LDLコレステロール (mg/dl) ※血液検査結果を手交している場合は記載不要 <input type="checkbox"/> その他 ()
	【その他】 <input type="checkbox"/> 栄養状態 (低栄養状態の恐れ 良好 肥満) <input type="checkbox"/> その他 ()

※実施項目は、にチェック、()内には具体的に記入

患者署名

医師氏名

(別紙様式9の2)

生活習慣病 療養計画書 継続用

(記入日: 年 月 日)()回目

患者氏名: (男・女)	主病:
生年月日: 明・大・昭・平・令 年 月 日生(才)	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症

ねらい:重点目標の達成状況を理解できること・目標再設定と指導された生活習慣改善に取り組めること

【目標】	<input type="checkbox"/> 体重:(kg) <input type="checkbox"/> BMI:() <input type="checkbox"/> 収縮期/拡張期血圧(/ mmHg) <input type="checkbox"/> HbA1c:(%)
	【①目標の達成状況】 () 【②達成目標】:患者と相談した目標 () 【③行動目標】:患者と相談した目標 ()

【重点を置く領域と指導項目】	<input type="checkbox"/> 今回は、指導の必要なし <input type="checkbox"/> 食事摂取量を適正にする <input type="checkbox"/> 食塩・調味料を控える <input type="checkbox"/> 野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす <input type="checkbox"/> 外食の際の注意事項() <input type="checkbox"/> 油を使った料理(揚げ物や炒め物等)の摂取を減らす <input type="checkbox"/> その他()
	<input type="checkbox"/> 節酒:[減らす(種類・量:)を週()回] <input type="checkbox"/> 間食:[減らす(種類・量:)を週()回] <input type="checkbox"/> 食べ方:(ゆっくり食べる・その他()) <input type="checkbox"/> 食事時間:朝食、昼食、夕食を規則正しくとる
	<input type="checkbox"/> 今回は、指導の必要なし <input type="checkbox"/> 運動処方:種類(ウォーキング・) 時間(30分以上・)、頻度(ほぼ毎日・週()日) 強度(息がはずむが会話が可能な強さ or 脈拍()拍/分 or ()) <input type="checkbox"/> 日常生活の活動量増加(例:1日1万歩・) <input type="checkbox"/> 運動時の注意事項など()
	<input type="checkbox"/> たばこ <input type="checkbox"/> 禁煙・節煙の有効性 <input type="checkbox"/> 禁煙の実施方法等

【検査】	【血液検査項目】(採血日 月 日) <input type="checkbox"/> 総コレステロール (mg/dl) <input type="checkbox"/> 血糖(空腹時 <input type="checkbox"/> 随時 <input type="checkbox"/> 食後()時間) <input type="checkbox"/> 中性脂肪 (mg/dl) (mg/dl) <input type="checkbox"/> HDLコレステロール (mg/dl) <input type="checkbox"/> HbA1c: (%) <input type="checkbox"/> LDLコレステロール (mg/dl) ※血液検査結果を手交している場合は記載不要 <input type="checkbox"/> その他 ()
	【その他】 <input type="checkbox"/> 栄養状態 (低栄養状態の恐れ 良好 肥満) <input type="checkbox"/> その他 ()

※実施項目は、にチェック、()内には具体的に記入

患者署名

医師氏名

患者が療養計画書の内容について説明を受けた上で十分に理解したことを確認した。
 (なお、上記項目に担当医がチェックした場合については患者署名を省略して差し支えない)

主病が高血圧症の場合の2024年改定後の算定方法別シミュレーション

診療所の場合	現行 (特定疾患療養管理料で算定)		2024年6月以降 (生活習慣病管理料Ⅱで算定)		2024年6月以降 (生活習慣病管理料Ⅰで算定)		2024年6月以降 (地域包括診療料2で算定)	
	再診料	73点	再診料	75点	再診料	75点		
	外来管理加算	52点						
	特定疾患療養管理料	225点	生活習慣病管理料(Ⅱ)	333点	生活習慣病管理料(Ⅰ)	660点	地域包括診療料2	1,600点
	処方箋料	68点	処方箋料	60点	処方箋料	60点	処方箋料	60点
	特定疾患処方管理加算2	66点						
	地域包括診療加算2	18点	地域包括診療加算2	21点	地域包括診療加算2	21点		
	合計	502点	合計	489点	合計	816点	合計	1,660点
			差	-13点	差	314点	差	1158点
					2月に1回受診(1月当)	408点	2月に1回受診(1月当)	830点
				差	-94点	差	328点	
						3月に1回受診(1月当)	553点	
						差	51点	

かかりつけ医機能が発揮される制度整備

趣旨

- かかりつけ医機能については、これまで医療機能情報提供制度における国民・患者への情報提供や診療報酬における評価を中心に取り組まれてきた。一方で、医療計画等の医療提供体制に関する取組はこれまで行われていない。
- 今後、複数の慢性疾患や医療と介護の複合ニーズを有することが多い高齢者の更なる増加と生産年齢人口の急減が見込まれる中、地域によって大きく異なる人口構造の変化に対応して、「治す医療」から「治し、支える医療」を実現していくためには、これまでの地域医療構想や地域包括ケアの取組に加え、かかりつけ医機能が発揮される制度整備を進める必要がある。
- その際には、国民・患者から見て、一人ひとりが受ける医療サービスの質の向上につながるものとする必要があることから、
 - ・ 国民・患者が、そのニーズに応じてかかりつけ医機能を有する医療機関を適切に選択できるための情報提供を強化し、
 - ・ 地域の実情に応じて、各医療機関が機能や専門性に応じて連携しつつ、自らが担うかかりつけ医機能の内容を強化することで、地域において必要なかかりつけ医機能を確保するための制度整備を行う。

概要

(1) 医療機能情報提供制度の刷新（令和6年4月施行）

- ・ かかりつけ医機能（「身近な地域における日常的な診療、疾病の予防のための措置その他の医療の提供を行う機能」と定義）を十分に理解した上で、自ら適切に医療機関を選択できるよう、医療機能情報提供制度による国民・患者への情報提供の充実・強化を図る。

(2) かかりつけ医機能報告の創設（令和7年4月施行）

- ・ 慢性疾患を有する高齢者その他の継続的に医療を必要とする者を地域で支えるために必要なかかりつけ医機能（①日常的な診療の総合的・継続的实施、②在宅医療の提供、③介護サービス等との連携など）について、各医療機関から都道府県知事に報告を求めることとする。
- ・ 都道府県知事は、報告をした医療機関が、かかりつけ医機能の確保に係る体制を有することを確認し、外来医療に関する地域の関係者との協議の場に報告するとともに、公表する。
- ・ 都道府県知事は、外来医療に関する地域の関係者との協議の場で、必要な機能を確保する具体的方策を検討・公表する。

(3) 患者に対する説明（令和7年4月施行）

- ・ 都道府県知事による（2）の確認を受けた医療機関は、慢性疾患を有する高齢者に在宅医療を提供する場合など外来医療で説明が特に必要な場合であって、患者が希望する場合に、かかりつけ医機能として提供する医療の内容について電磁的方法又は書面交付により説明するよう努める。

(別添) ポスト2025年の医療・介護提供体制の姿

1. ポスト2025年に対応した医療・介護提供体制の姿

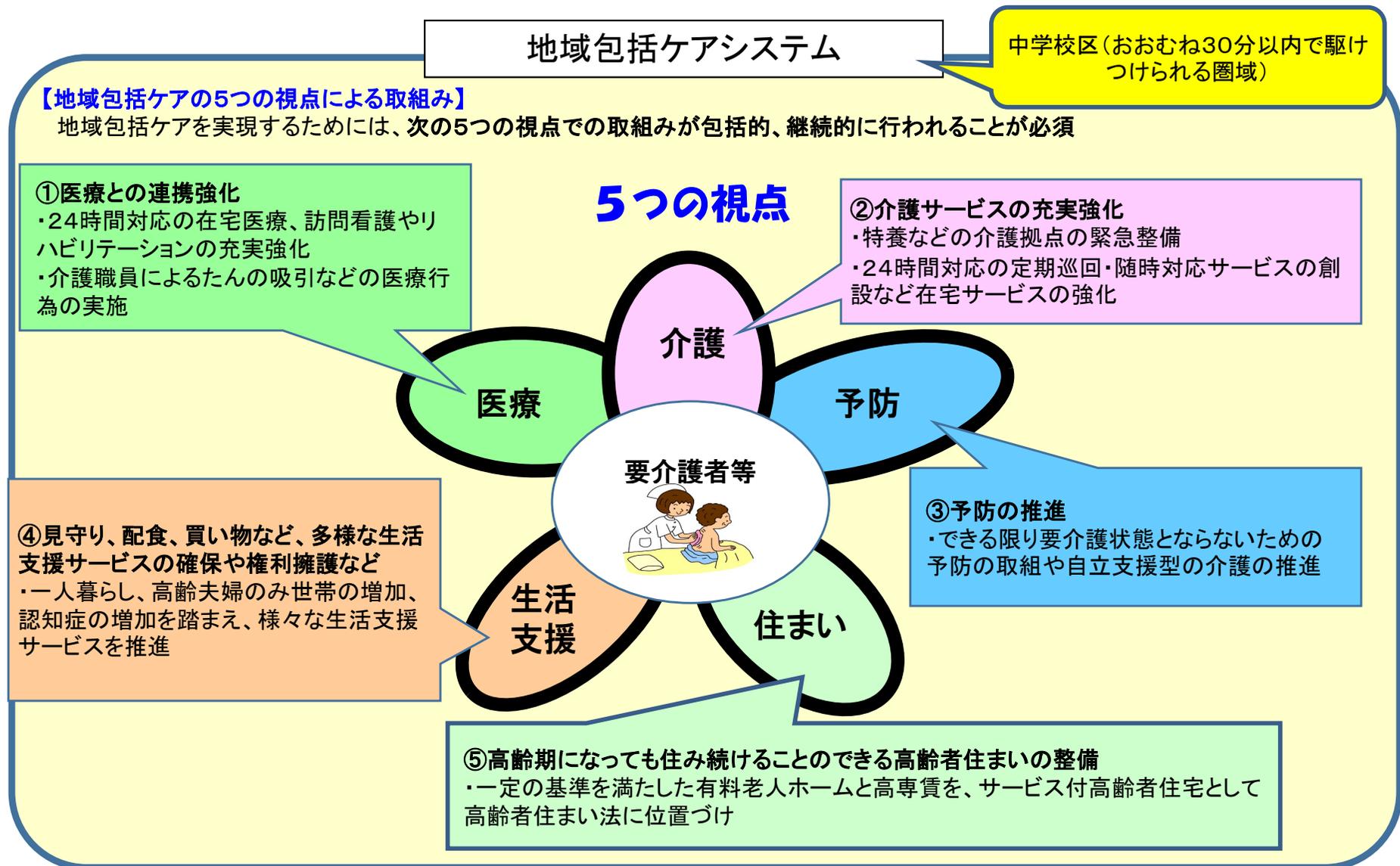
- 医療・介護提供体制の改革を進めていくに当たっては、実現が期待される医療・介護提供体制の姿を関係者が共有した上でそこから振り返って現在すべきことを考える形（バックキャスト）で具体的に改革を進めていくことが求められる。
- その際、限りある人材等で増大する医療・介護ニーズを支えていくため、医療・介護提供体制の最適化・効率化を図っていくという視点も重要。
- 高齢者人口がピークを迎える中で、医療・介護の複合的ニーズを有する高齢者数が高止まりする一方、生産年齢人口の急減に直面する局面において、実現が期待される医療・介護提供の姿として現時点で想起し得るものを、患者・利用者など国民の目線で描いたもの。

2. ポスト2025年の医療・介護提供体制の姿の3つの柱

ポスト2025年の医療・介護提供体制の姿は、以下の3つの柱を同時に実現することを通じて、患者・利用者など国民が必要な情報に基づいて適切な選択を行い、安心感が確保されるものでなければならない。

- I 医療・介護を提供する主体の連携により、必要なときに「治し、支える」医療や個別ニーズに寄り添った柔軟かつ多様な介護が地域で完結して受けられること
- II 地域に健康・医療・介護等に関して必要なときに相談できる専門職やその連携が確保され、さらにそれを自ら選ぶことができること
- III 健康・医療・介護情報に関する安全・安心の情報基盤が整備されることにより、自らの情報を基に、適切な医療・介護を効果的・効率的に受けられること

「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



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

特定疾病の選定基準

<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/nintei/gaiyo3.html>

介護サービスの種類

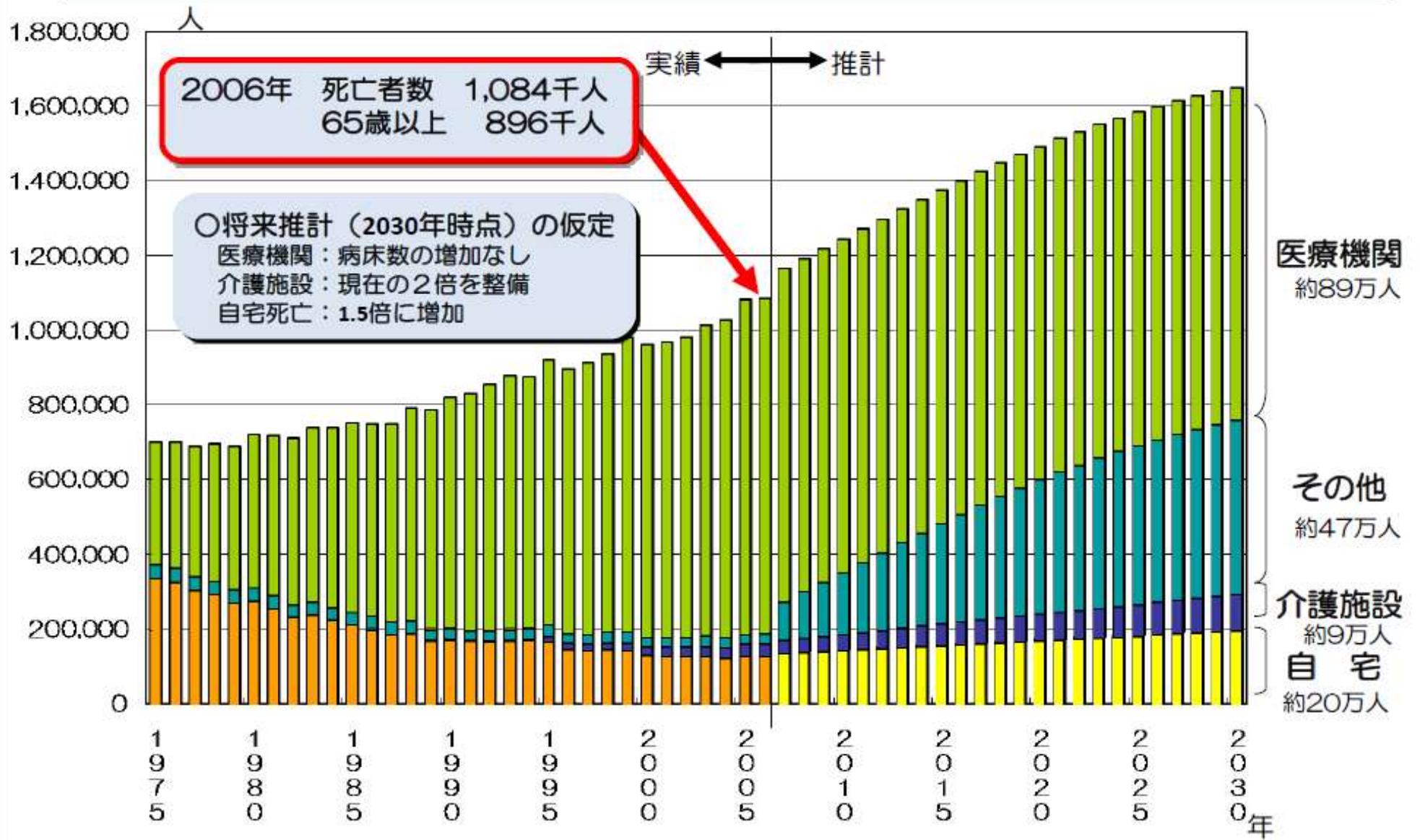
	都道府県・政令市・中核市が指定・監督を行うサービス	市町村が指定・監督を行うサービス
介護給付を行うサービス	<p>◎居宅介護サービス</p> <p>【訪問サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○訪問介護（ホームヘルプサービス） ○訪問入浴介護 ○訪問看護 ○訪問リハビリテーション ○居宅療養管理指導 ○特定施設入居者生活介護 ○福祉用具貸与 ○特定福祉用具販売 <p>【通所サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○通所介護（デイサービス） ○通所リハビリテーション <p>【短期入所サービス】</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

死亡場所別、死亡者数の年次推移と将来推計



【資料】

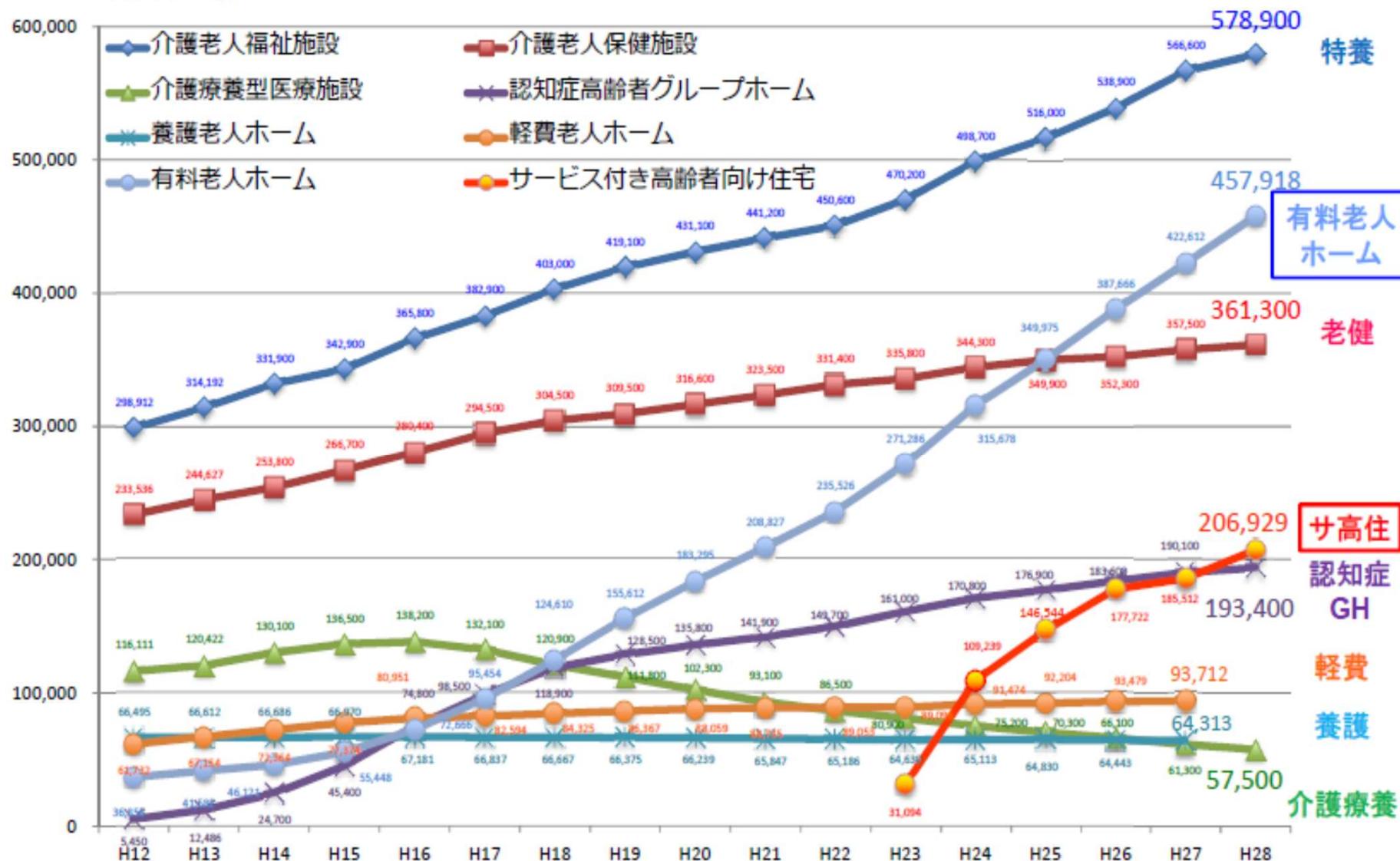
2006年(平成18年)までの実績は厚生労働省「人口動態統計」

2007年(平成19年)以降の推計は国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集(2006年度版)」から推定

※介護施設は老健、老人ホーム

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月時点)【H12・H13】」及び「介護給付費実態調査(10月調査分)【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。

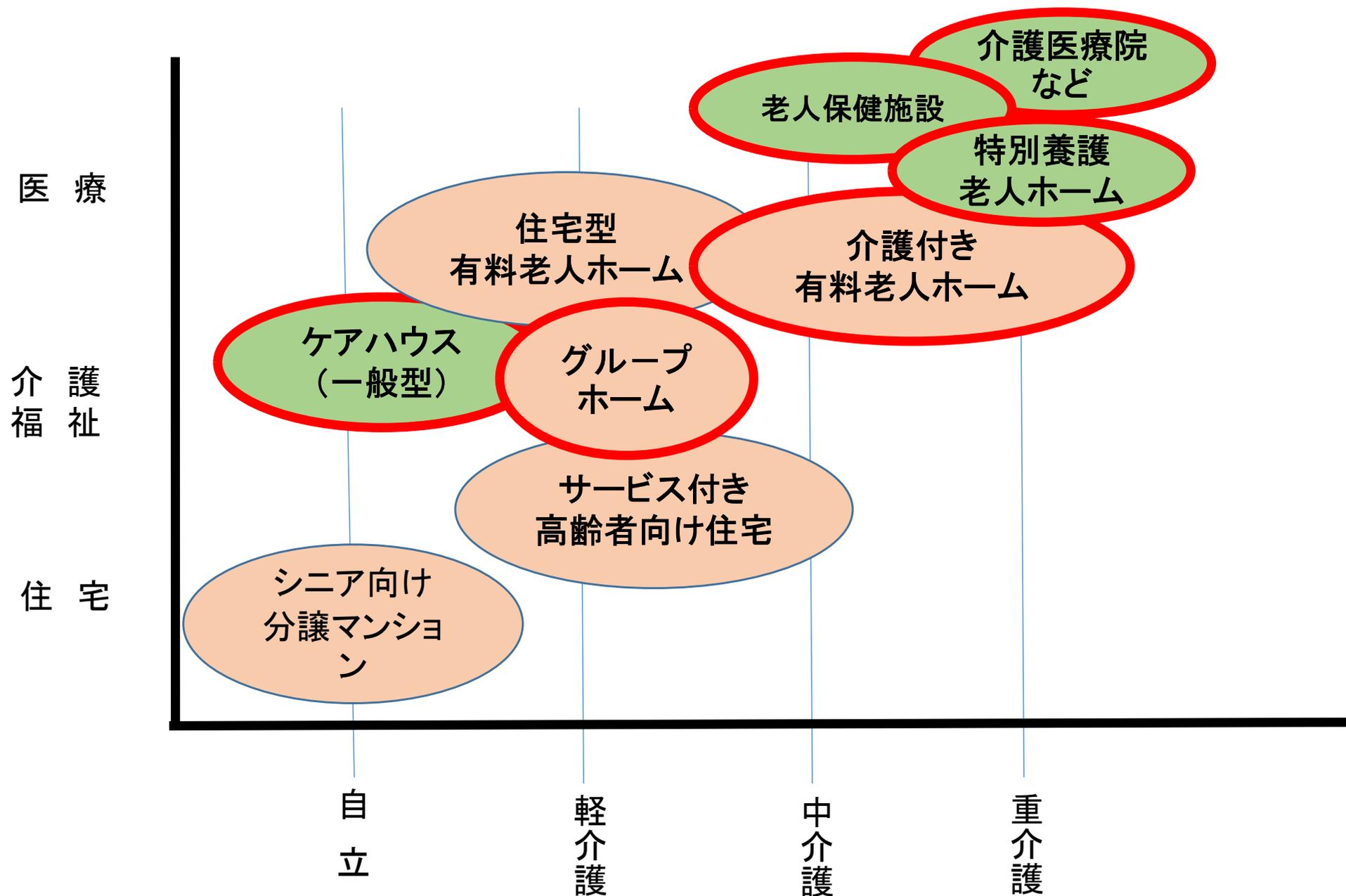
※3：認知症高齢者グループホームは、H12～H16は痴呆対応型共同生活介護、H17～は認知症対応型共同生活介護により表示。

※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月時点)」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。

高齢者の住まいと介護度



医業収入 = 保険収入 + 保険外収入

保険収入 = 診療単価 × 人数 × 日数

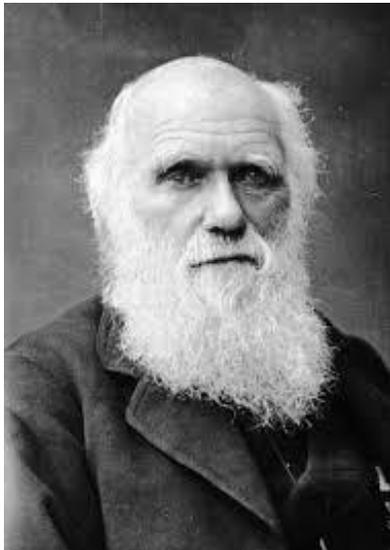
主な保険収入 = 医療保険 + 介護保険

保険収入 = 自己負担金 + 公費（保険負担）

保険外収入 = 予防接種、健康診断、……

最も強い者が生き残るのではなく、
最も賢い者が生き延びるのでもない。

唯一生き残ることが出来るのは、
変化できる者である。



チャールズ・ダーウィン

「全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋（改革工程）」 （令和5年12月22日 閣議決定）（抄）

2. 医療・介護制度等の改革

＜②「加速化プラン」の実施が完了する 2028 年度までに実施について検討する取組＞

◆ 医療提供体制改革の推進

- ・ **地域医療構想については**、これまでのP D C Aサイクルを通じた取組の進捗状況等を踏まえ、**2025 年までの年度ごとに国・都道府県・医療機関がそれぞれ取り組む事項を明確化し、関係機関が一体となって計画的に更なる取組を進める。**その際、国においては、都道府県・構想区域の病床機能等の状況の見える化、構想区域の効果的な事例（内容、検討プロセス等）の周知、医療提供体制上の課題や重点的な支援の必要性があると考えられる構想区域を設定してアウトリーチの伴走支援の実施など、都道府県における地域の实情に応じた取組を支援する。
- ・ **2026 年度以降の地域医療構想の取組について**、今後、医療・介護の複合ニーズを抱える 85 歳以上人口の増大や現役世代の減少に伴う医療需要の変化に対応できるよう、**2040 年頃を視野に入れつつ、病院のみならず、かかりつけ医機能や在宅医療、医療・介護連携等を含め、中長期的課題を整理して検討を行う。**
- ・ こうした対応に実効性を持たせるため、**都道府県の責務の明確化等に関し必要な法制上の措置等について検討を行う。**
- ・ **かかりつけ医機能が発揮される制度整備について**、85 歳以上の高齢者の増加等を見据えて、診療実績に係る情報提供の強化を含め、**医療機能情報提供制度の刷新や、かかりつけ医機能報告制度の創設等により、国民・患者から見て、一人一人が受ける医療サービスの質の向上につながるよう、2025 年4月の制度施行に向け、検討会等で具体的な議論を行い、2024 年夏頃までに結論を得る。**
- ・ さらに、令和5年法改正の施行状況等を踏まえ、患者による選択や、地域包括ケアの中でのかかりつけ医機能、かかりつけ医機能の対象者、医療機関の連携・ネットワークによる実装等について更なる検討を進める。
- ・ また、地域で必要となるかかりつけ医機能の確保に向けた、医師の教育や研修の充実にも取り組んでいく。

◆ 医師偏在対策等

- ・ **医師の偏在対策の観点から、医師養成過程における取組を進めるとともに、医師少数区域等で勤務した医師を認定する制度において、管理者として評価する医療機関を拡大するなど、医師が少ない地域での医師確保の取組について更なる検討を進める。**あわせて、オンライン診療の活用やタスク・シフト/シェアの推進を図る。
- ・ 医師の地域間、診療科間、病院・診療所間の偏在是正に向けて、医学部臨時定員、経済的インセンティブや、外来医師多数区域における都道府県知事の権限強化を始めとする規制的手法の在り方について検討する。

かかりつけ医機能が発揮される制度整備

趣旨

- かかりつけ医機能については、これまで医療機能情報提供制度における国民・患者への情報提供や診療報酬における評価を中心に取組まれてきた。一方で、医療計画等の医療提供体制に関する取組はこれまで行われていない。
- 今後、複数の慢性疾患や医療と介護の複合ニーズを有することが多い高齢者の更なる増加と生産年齢人口の急減が見込まれる中、地域によって大きく異なる人口構造の変化に対応して、「治す医療」から「治し、支える医療」を実現していくためには、これまでの地域医療構想や地域包括ケアの取組に加え、かかりつけ医機能が発揮される制度整備を進める必要がある。
- その際には、国民・患者から見て、一人ひとりが受ける医療サービスの質の向上につながるものとする必要があることから、
 - ・ 国民・患者が、そのニーズに応じてかかりつけ医機能を有する医療機関を適切に選択できるための情報提供を強化し、
 - ・ 地域の実情に応じて、各医療機関が機能や専門性に応じて連携しつつ、自らが担うかかりつけ医機能の内容を強化することで、地域において必要なかかりつけ医機能を確保するための制度整備を行う。

概要

(1) 医療機能情報提供制度の刷新（令和6年4月施行）

- ・ かかりつけ医機能（「身近な地域における日常的な診療、疾病の予防のための措置その他の医療の提供を行う機能」と定義）を十分に理解した上で、自ら適切に医療機関を選択できるよう、医療機能情報提供制度による国民・患者への情報提供の充実・強化を図る。

(2) かかりつけ医機能報告の創設（令和7年4月施行）

- ・ 慢性疾患を有する高齢者その他の継続的に医療を必要とする者を地域で支えるために必要なかかりつけ医機能（①日常的な診療の総合的・継続的实施、②在宅医療の提供、③介護サービス等との連携など）について、各医療機関から都道府県知事に報告を求めることとする。
- ・ 都道府県知事は、報告をした医療機関が、かかりつけ医機能の確保に係る体制を有することを確認し、外来医療に関する地域の関係者との協議の場に報告するとともに、公表する。
- ・ 都道府県知事は、外来医療に関する地域の関係者との協議の場で、必要な機能を確保する具体的方策を検討・公表する。

(3) 患者に対する説明（令和7年4月施行）

- ・ 都道府県知事による（2）の確認を受けた医療機関は、慢性疾患を有する高齢者に在宅医療を提供する場合など外来医療で説明が特に必要な場合であって、患者が希望する場合に、かかりつけ医機能として提供する医療の内容について電磁的方法又は書面交付により説明するよう努める。