

週刊WEB

医療経営

MAGA
ZINE

Vol.813 2024.3.19

医療情報ヘッドライン

**マイナカードの全機能をスマホに搭載
マイナ保険証も2025年夏に運用開始**

▶政府

**「地域包括医療病棟」の施設基準公表
急性期・地域包括ケアとの違いも明示**

▶厚生労働省

週刊 医療情報

2024年3月15日号

**病院のサイバーセキュリティ
対策を強化へ**

経営TOPICS

統計調査資料

**最近の医療費の動向/概算医療費
(令和5年度8月)**

経営情報レポート

**令和6年度診療報酬改定による
歯科医院への影響**

経営データベース

ジャンル:医療制度 > サブジャンル:医療関連法規

**医療保険、年金保険、社会福祉に関連する法律
社会保障制度の特徴**

発行:税理士法人KJグループ

本誌掲載記事の無断転載を禁じます。

医療情報
ヘッドライン
①

マイナカードの全機能をスマホに搭載 マイナ保険証も2025年夏に運用開始

政府

政府は3月5日、マイナンバー法などの改正法案（※）を閣議決定。同日、国会に提出された。同法案には、マイナンバーカードのICチップに記録されている本人の属性情報を含む全ての機能をスマートフォンに搭載できるようにすることなどが盛り込まれた。

健康保険証とマイナンバーカードを一体化させた「マイナ保険証」も搭載できるようにする。施行期日は「原則として公布後1年以内」としており、2025年夏に運用開始される可能性が高い。

※改正法案の正式名称は「情報通信技術の活用による行政手続等に係る関係者の利便性の向上並びに行政運営の簡素化及び効率化を図るためのデジタル社会形成基本法等の一部を改正する法律案」。

■デジタル相「(iPhone搭載へ)頑張っている」

マイナンバーカードのICチップには、住所・氏名・生年月日・性別の基本4情報と顔写真、マイナンバーなどの属性情報、公的個人認証サービス（JPKI）の電子証明書情報が記録されている。このうち電子証明書機能は、公的個人認証法改正によって2023年5月からスマートフォンにも搭載可能となった（ただしAndroid端末のみで、iPhoneなどのiOS端末は対象外）。

今回の改正法案は、他の機能も全て搭載可能にするもので、マイナンバーカードを持ち歩かなくてもスマートフォンを持っていれば各種行政手続きができるようになる。

なお、現在政府はiOS端末を提供するApple社と交渉中。2023年8月に「働きかけをしている」と明言した河野太郎デジタル相は3月5日に「頑張っているところ。もう

ちょっとお待ちいただきたい」とコメントしている。

■マイナ保険証の利用率は1月時点で4.6%

マイナンバーカードは、普及に向けて2兆円超の予算を投じただけあって人口に対する申請件数率は79.1%を記録している（2024年1月22日時点）。しかし、実際にどこまで活用されているかは不透明で、少なくとも「マイナ保険証」の利用率は著しく低い。

「マイナ保険証」として活用するには、健康保険証としての利用登録が必要で、登録率は73.8%と申請件数率と同様に高いが、実際の利用率は全国平均でわずか4.6%（今年1月時点）。自治体別に見ても、2023年11月時点で最も高い北海道礼文町が21.8%と2割強にとどまっており、普及しているとはとても言い難い。現行の健康保険証は今年12月2日に廃止され、1年後には利用できなくなる。マイナンバーカードの申請や、「マイナ保険証」の登録をしていない人に対しては「資格確認書」を無償交付するが、有効期限は5年以内となる見込み。政府はマイナ保険証に一本化したい意向で、スマートフォンに機能搭載を可能とする今回の改正法案は、それを後押しするものといえよう。

ちなみに、2月6日にデジタル庁はマイナポータルで医療保険の資格情報をPDFでダウンロードできる機能の運用を開始。医療機関でスマートフォン画面のPDFを見せることで資格情報を示せるようにしている（カードリーダーで読み込めない場合の対応で、マイナンバーカードの提示は必要）。

医療情報
ヘッドライン
②

「地域包括医療病棟」の施設基準公表 急性期・地域包括ケアとの違いも明示

厚生労働省

厚生労働省は 3 月 5 日、2024 年度の診療報酬改定に関する説明資料を公表。高齢者の救急搬送に対応する病棟として新設される「地域包括医療病棟」については、「令和 6 年度診療報酬改定の概要【入院Ⅰ（地域包括医療病棟）】」で、地域包括医療病棟入院料の詳細な算定要件や施設基準を明らかにした。

■ADLの維持率は95%以上

入院料として 10 年ぶりに新設される地域包括医療病棟入院料は、1 日につき 3,050 点（ちなみに旧 7 対 1 に該当する急性期一般入院料 1 は 1 日 1,650 点）。資料には、「地域において、救急患者等を受け入れる体制を整え、リハビリテーション、栄養管理、入院支援、在宅復帰等の機能を包括的に担う病棟」を評価するものとしている。

その文言どおり、高齢の患者の身体機能が入院中に低下するのを防ぐためリハビリから栄養管理、退院後の生活相談、必要な介護サービスとの連携などを提供する。そのため、施設基準は厳しい。

「看護職員 10:1 以上」「常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が 2 名以上、専任の常勤の管理栄養士が 1 名以上配置」「入院早期からのリハビリテーションに必要な構造設備（病室 6.4 m²/1 人以上、廊下幅 1.8m 以上が望ましいなど）」が盛り込まれたほか、「ADL（日常生活動作）が入院時と比較して低下した患者の割合が 5%未満」「平均在院日数 21 日以内」「在宅復帰率 8 割以上」も要件化された。

こうした要件に対するインセンティブとし

て、入院早期に対する評価は手厚い。

入院初日から 14 日以内は 1 日 150 点の「初期加算」が認められるほか、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理に係る計画を作成した日から 14 日以内は「リハビリテーション・栄養・口腔連携加算」を 1 日 80 点算定することが可能だ。

■軽症・中等症の救急搬送にも配慮

高齢救急患者をめぐっては、軽症・中等症の救急搬送数が多いことが問題視されていた。

施設基準にはそこに配慮し、「一般病棟からの転棟が 5%未満」「他の医療機関から救急患者連携搬送料を算定して搬送された患者、あるいは救急車などで直接緊急搬送された患者の割合が 15%以上」なども設けられた。

また、「地域包括医療病棟の新設による今後の医療提供体制のイメージ」「想定される地域包括医療病棟への移行のイメージ」などで新設される地域包括医療病棟の位置づけについて図表を用いながら解説。

後者では、以下の 3 パターンを示している。

- ①急性期入院基本料 1 からの一部転換
- ②急性期入院基本料 2-6 からの転換
- ③地域包括ケア病棟からの転換

とりわけ「リハビリ職、栄養関係職種の確保と ADL に関連する実績評価が十分である場合は」と他の 2 つにない文言を盛り込んだ②の転換が多いと想定していることをにじませた。いずれにしても、点数だけを見れば入院料だけで急性期入院基本料 1 の 2 倍近くなるのは大きな魅力であり、どのくらいの医療機関が実際に算定するのか注目したい。

医療情報①
厚生労働省
強化

病院のサイバーセキュリティ対策を強化へ

厚生労働省は、2024年度の診療報酬改定で「診療録管理体制加算」を従来の2区分から3区分に再編し、病院のサイバーセキュリティ対策の強化を促す。

再編後の点数設定（いずれも入院初日）は、診療録管理体制加算1が140点（見直し前は100点）、加算2が100点（同30点）、新設の加算3が30点。

新たな診療録管理体制加算1と加算2では、国の「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に基づく医療情報システム安全管理責任者の専任配置の要件を、従来の加算1に設定されている「許可病床数400床以上」から「許可病床数200床以上」に広げる。

その上で、診療録管理体制加算1では、以下などの対応を求める。

- ▼非常時に備えて医療情報システムのバックアップを複数の方式で確保し、それらの一部をネットワークから切り離してオフラインで保管
- ▼医療情報システムの利用が困難な場合の対応や、復旧までの対応を盛り込んだ「業務継続計画」（BCP）を作って少なくとも年1回程度、定期訓練・演習を実施し、その結果を踏まえて必要に応じて改善を行う

厚労省によると、定期訓練・演習は診療を中断して行う必要はないが、実効性を担保するため「必要に応じてシステム関連事業者も参加した上で行う」としている。

医療情報②
厚生労働省
WG

標準型電子カルテ、来年度末にモデル事業開始へ

厚生労働省は7日に開催した第2回標準型電子カルテ検討ワーキンググループで、2024年度に開発に着手する予定の「標準型電子カルテ」について、同年度末に「α版（試行版）」導入のモデル事業を開始する方針を示した。

電子カルテ導入済みの地域の中核病院と診療所数施設を対象とする見込み。

電子カルテは、診療所や200床未満の中小病院を中心に導入障壁が高く、普及が進んでいない。標準型電子カルテは、診療など日常の業務に使うのに最低限必要な機能を搭載したクラウド型のシステムで、低コスト化を目指す。電子カルテ情報共有サービスをはじめとする医療DXのシステム群「全国医療情報プラットフォーム」に接続し、民間システムとの組み合わせも可能にすることで、医療機関などの業務効率化を図り、普及を促す狙い。

日本医師会常任理事の長島公之構成員は、 α 版の有用性を検証する際には一般的な電子カルテとの比較が必要であることを踏まえ、「モデル事業対象施設は、診療所においても電子カルテ導入済みの施設を加えたほうがよい」と述べ、ほかの構成員らもこれに賛同した。

さらに日本病院会副会長の大道道大構成員は、「電子カルテ未導入の診療所で実施する場合にはそれなりの実施期間が必要」と指摘。電子カルテの運用に慣れるには時間を要し、操作に慣れてきてからようやく診察もスムーズになることから、短期間のモデル事業だと業務効率や診療時間の変化、患者の満足度なども適切に評価できないとの考えを示した。

また、長島構成員は紙カルテと併用する重要性も指摘し、紙か電子かということではなく「紙カルテが電子とつながる方がはるかに利便性が高い」と主張。運用面に関連して、日本医療法人協会副会長の菅間博構成員は「既存の電子カルテとつなぐシステムも必要であり、その辺りの予算も加味して検討を進めてほしい」と述べた。モデル事業の対象施設は3月末をめどに決定する見通し。事業が始まったらヒアリングし、 α 版の改修を行う。

医療情報③
日本医師会
定例記者会見

システム保守費用 「大幅引き下げ」求める、日医

日本医師会の長島公之常任理事は6日の定例記者会見で、国が医療分野で進めるDX（デジタルトランスフォーメーション）の一環で、診療報酬改定の施行時期が6月に後ろ倒しされるのを受け、電子カルテシステムの保守費用を大幅に引き下げるなど、ベンダー側の恩恵を医療機関に還元するのは必須だとの認識を改めて示した。また、改定の施行がこれまでと変わることによって医療現場にマイナスの影響が出ないかを注視し、必要な対応を取るべきだとも指摘した。

診療報酬改定の施行を従来の4月から6月に後ろ倒しするのは、改定前後に集中する医療機関やベンダーの業務負担を均等にするため、2024年度から切り替える。長島氏は会見で、「（後ろ倒しによる）直接的な恩恵を受けるベンダーが（システムの）保守費用やリース料を大幅に引き下げるなど、目に見える形で医療機関の負担を軽減する対応が必須だ」と述べた。

24年度の診療報酬改定は5日官報告示され、厚生労働省が報酬ごとの基準などを通知した。それを受けて長島氏はこの日の会見で、24年度の改定のポイントとして、以下を挙げた。

▼医療DXの推進 ▼医療従事者の賃上げ ▼介護報酬などとの同時改定に合わせた対応

医療従事者のうち若手医師らの賃上げでは、医療機関に原資を配分するため初診料や再診料、入院料を引き上げるようになった。

長島氏は、財政制度等審議会（財務相の諮問機関）が初・再診料の引き下げを主張していたことに触れ、「（引き上げは）医療界が一体・一丸となって対応した結果だ」と述べた。

週刊医療情報（2024年3月15日号）の全文は、当事務所のホームページよりご確認ください。

最近の医療費の動向 / 概算医療費（令和5年度8月）

厚生労働省 2023年12月28日公表

1. 制度別概算医療費

●医療費

（単位：兆円）

		総 計	医療保険適用						公 費	
			75 歳未満					75 歳以上		
			被用者 保険	本 人	家 族	国民健康 保険	（再掲） 未就学者			
令和元年度		43.6	24.4	13.5	7.4	5.3	10.9	1.4	17.0	2.2
令和２年度		42.2	23.5	13.0	7.3	4.8	10.5	1.1	16.6	2.1
令和３年度		44.2	25.0	14.1	7.9	5.2	10.8	1.3	17.1	2.2
令和４年度４～３月		46.0	25.8	15.0	8.4	5.6	10.7	1.4	18.0	2.2
	４～８月	18.8	10.6	6.1	3.4	2.3	4.5	0.6	7.3	0.9
	６月	3.8	2.1	1.2	0.7	0.5	0.9	0.1	1.5	0.2
	７月	3.8	2.2	1.3	0.7	0.5	0.9	0.1	1.5	0.2
	８月	3.8	2.2	1.3	0.7	0.5	0.9	0.1	1.4	0.2
令和５年度４～８月		19.6	10.8	6.4	3.6	2.4	4.4	0.6	7.7	1.0
	６月	3.9	2.2	1.3	0.7	0.5	0.9	0.1	1.5	0.2
	７月	4.0	2.2	1.3	0.8	0.5	0.9	0.1	1.6	0.2
	８月	4.0	2.2	1.3	0.8	0.5	0.9	0.1	1.6	0.2

注1）審査支払機関（社会保険診療報酬支払基金及び国民健康保険団体連合会）で審査される診療報酬明細書のデータ（算定ベース：点数、費用額、件数及び日数）を集計している。点数を10倍したものを医療費として評価している。医療保険及び公費負担医療で支給の対象となる患者負担分を含めた医療費についての集計である。現物給付でない分（はり・きゅう、全額自費による支払い分等）等は含まれていない。

注2）「医療保険適用」「75歳未満」の「被用者保険」は、70歳未満の者及び高齢受給者に係るデータであり、「本人」及び「家族」は、高齢受給者を除く70歳未満の者に係るデータである。（以下同）

注3）「医療保険適用」の「75歳以上」は後期高齢者医療の対象となる者に係るデータである。「公費」は医療保険適用との併用分を除く、生活保護などの公費負担のみのデータである。なお、令和2年8月診療分以前のデータは、診療報酬明細書において「公費負担者番号①」欄に記載される公費負担医療（第1公費）のデータを集計したものである。

●医療費の伸び率(対前年同期比)

（単位：%）

		総 計	医療保険適用							公 費
			75 歳未満						75 歳以上	
			被用者 保険	本 人		国民健康 保険	(再掲) 未就学者			
家 族										
令和元年度		2.4	1.4	3.1	4.4	0.1	▲ 0.8	▲ 2.7	3.9	1.8
令和 2 年度		▲ 3.1	▲ 3.7	▲ 3.6	▲ 0.8	▲ 9.0	▲ 3.8	▲ 19.1	▲ 2.4	▲ 1.1
令和 3 年度		4.6	6.4	8.5	8.1	8.8	3.7	18.4	2.7	1.1
令和 4 年度 4～3月		4.0	3.2	6.4	6.6	6.9	▲ 1.0	6.5	5.3	2.3
	4～8月	3.1	2.8	5.4	6.2	4.8	▲ 0.5	▲ 2.2	3.8	0.2
	6月	3.7	1.8	3.1	3.8	1.8	0.2	▲ 7.4	6.9	1.8
	7月	2.7	3.2	6.6	7.8	5.7	▲ 1.3	▲ 1.9	2.3	▲ 0.7
	8月	3.1	4.3	8.6	9.9	8.0	▲ 1.4	3.9	2.0	▲ 1.8
令和5年度 4～8月		4.0	2.2	4.8	5.6	4.0	▲ 1.3	11.0	6.4	4.9
	6月	3.1	2.9	6.9	6.7	8.5	▲ 2.4	24.1	3.5	2.5
	7月	4.0	2.1	4.3	5.4	3.1	▲ 1.2	5.5	6.8	5.9
	8月	4.9	1.2	2.1	4.1	▲ 1.3	▲ 0.2	▲ 3.4	10.3	7.5

●1人当たり医療費

(単位：万円)

		総 計	医療保険適用						
			75 歳未満	被用者 保 険			国民健康 保 険	(再掲) 未就学者	75 歳 以上
				本 人	家 族				
令和元年度		34.5	22.6	17.3	16.5	16.8	36.4	21.8	95.2
令和2年度		33.5	21.9	16.7	16.2	15.5	35.8	18.1	92.0
令和3年度		35.2	23.5	18.2	17.4	17.2	37.9	22.1	93.9
令和4年度4～3月		36.8	24.5	19.4	18.4	18.8	38.9	24.5	95.7
	6月	3.1	2.0	1.6	1.5	1.5	3.3	2.0	8.0
	7月	3.0	2.1	1.6	1.6	1.6	3.2	2.2	7.8
	8月	3.0	2.1	1.7	1.6	1.6	3.2	2.0	7.6
令和5年度4～8月		15.7	10.4	8.3	7.8	8.1	16.5	11.5	40.2
	6月	3.2	2.1	1.7	1.6	1.7	3.4	2.5	8.0
	7月	3.2	2.1	1.7	1.6	1.7	3.3	2.4	8.0
	8月	3.2	2.1	1.7	1.6	1.6	3.3	2.1	8.1

注1)「医療保険適用」「75 歳未満」の「被用者保険」は、70 歳未満の者及び高齢受給者に係るデータであり、「本人」及び「家族」は、高齢受給者を除く 70 歳未満の者に係るデータである。

注2)1人当たり医療費は医療費の総額を加入者数で除して得た値である。加入者数が未確定の制度もあり、数値が置き換わる場合がある。

2. 診療種類別概算医療費

●医療費

(単位：兆円)

		総 計	診療費				調剤	入院時 食事 療養等	訪問 看護 療養	(再掲) 医科 入院 +医科 食事等	(再掲) 医科 入院外 +調剤	(再掲) 歯科 +歯科 食事等
				医科 入院	医科 入院外	歯科						
令和元年度		43.6	34.7	16.9	14.9	3.0	7.7	0.8	0.30	17.6	22.6	3.0
令和2年度		42.2	33.6	16.4	14.2	3.0	7.5	0.7	0.36	17.1	21.8	3.0
令和3年度		44.2	35.3	16.9	15.3	3.1	7.8	0.7	0.43	17.6	23.0	3.1
令和4年度4～3月		46.0	36.8	17.4	16.2	3.2	7.9	0.7	0.51	18.1	24.1	3.2
	6月	3.8	3.1	1.5	1.3	0.3	0.6	0.1	0.04	1.5	2.0	0.3
	7月	3.8	3.1	1.4	1.4	0.3	0.6	0.1	0.04	1.5	2.0	0.3
	8月	3.8	3.0	1.4	1.4	0.3	0.7	0.1	0.04	1.4	2.1	0.3
令和5年度4～8月		19.6	15.6	7.5	6.8	1.4	3.4	0.3	0.24	7.8	10.2	1.4
	6月	3.9	3.2	1.5	1.4	0.3	0.7	0.1	0.05	1.5	2.1	0.3
	7月	4.0	3.2	1.5	1.4	0.3	0.7	0.1	0.05	1.6	2.1	0.3
	8月	4.0	3.2	1.5	1.4	0.3	0.7	0.1	0.05	1.6	2.1	0.3

注)診療費には入院時食事療養及び入院時生活療養の費用額は含まれない。

入院時食事療養等は入院時食事療養及び入院時生活療養の費用額の合計である。

●受診延日数

(単位：億日)

	総 計	診療費				調剤	訪問看護療養
			医科入院	医科入院外	歯科		
令和元年度	25.2	25.0	4.7	16.1	4.2	8.4	0.27
令和2年度	23.1	22.8	4.4	14.5	3.9	7.6	0.32
令和3年度	23.9	23.5	4.4	15.2	4.0	8.0	0.37
令和4年度4～3月	24.3	23.9	4.3	15.6	4.0	8.4	0.43
	6月	2.1	2.0	0.4	1.3	0.4	0.03
	7月	2.1	2.0	0.4	1.3	0.3	0.03
	8月	2.0	2.0	0.3	1.3	0.3	0.04
令和5年度4～8月	10.3	10.1	1.8	6.6	1.7	3.6	0.20
	6月	2.1	2.1	0.4	1.4	0.3	0.04
	7月	2.1	2.1	0.4	1.4	0.3	0.04
	8月	2.0	2.0	0.4	1.3	0.3	0.04

注) 受診延日数は診療実日数(調剤では処方せん枚数(受付回数)、訪問看護療養では実日数)を集計したものである。

受診延日数の総計には調剤の処方せん枚数(受付回数)は含まれない。

●1日当たり医療費

(単位：千円)

	総 計	医科入院		医科入院外	歯科	調剤	訪問看護療養	(参考) 医科入院外+調剤
		食事等 含まず	食事等 含む					
令和元年度	17.3	36.2	37.9	9.2	7.2	9.2	11.4	14.0
令和2年度	18.3	37.2	38.9	9.8	7.7	9.9	11.5	15.0
令和3年度	18.5	38.7	40.4	10.1	7.9	9.7	11.7	15.2
令和4年度4～3月	18.9	40.4	42.1	10.4	8.1	9.4	11.9	15.4
	6月	18.5	40.5	10.2	8.1	9.3	11.8	15.0
	7月	18.4	39.1	10.3	8.1	9.1	11.9	15.1
	8月	18.7	39.7	10.7	8.1	9.3	11.9	15.6
令和5年度4～8月	19.0	40.7	42.4	10.3	8.2	9.3	12.0	15.4
	6月	18.6	41.2	10.2	8.2	9.0	12.0	15.1
	7月	18.8	40.4	10.2	8.2	9.2	12.1	15.3
	8月	19.7	41.0	10.6	8.2	9.8	12.1	16.1

注) 1日当たり医療費は医療費の総額を受診延日数(調剤では総処方せん枚数(総受付回数)、訪問看護療養では総実日数)で除して得た値である。「医科入院外+調剤」の1日当たり医療費は医科入院外と調剤の医療費の合計を医科入院外の受診延日数で除して得た値である。

歯科の1日当たり医療費は歯科医療費と歯科の入院時食事療養及び歯科の入院時生活療養の費用額の合計を歯科の受診延日数で除して得た値である。

最近の医療費の動向/概算医療費(令和5年度8月)の全文は
当事務所のホームページの「医業経営 TOPICS」よりご確認ください。



経営情報
レポート
要約版



歯科医院

令和6年度診療報酬改定による 歯科医院への影響

1. 令和6年度診療報酬改定の概要と新たな視点
2. 歯科関連従事者の賃上げに関する改定
3. 歯科医療の評価の見直しや新設項目
4. 口腔内の管理や口腔疾患等への取組みの推進



■参考資料

【厚生労働省】：令和6年度診療報酬改定と賃上げについて 令和6年度歯科診療報酬改定の主なポイント
令和6年度診療報酬改定 個別項目について

令和6年度診療報酬改定の概要と新たな視点

令和6年度の診療報酬改定においては、過去とは異なった観点からの項目が示されています。具体的には、物価高騰・賃金上昇、経営状況、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を基本方針に加えている点です。

また、診療報酬の改定の施行時期が、例年とは異なります。医科歯科の診療報酬改定は6月1日からですが、薬価については4月1日、材料価格については6月1日改定となっていますので、注意が必要です。

■ 令和6年度診療報酬改定率

令和6年度診療報酬の改定率は診療報酬本体ではプラス 0.88%です。

個別にみていくと、医科がプラス 0.52%、歯科がプラス 0.57%、調剤がプラス 0.16%となった一方で薬価はマイナス 0.97%、材料価格はマイナス 0.02%の改定となりました。

■ 令和6年度診療報酬改定の基本方針の概要

今回の改定の基本的視点並びに具体的方向性については、雇用情勢の現状を踏まえた人材確保と働き方改革の推進を行い、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、安心・安全で質の高い医療の推進、効率化・適正化を通じた医療保険制度の安定性・持続可能性の向上を目指すとしています。

■ 診療報酬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	(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
(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 ○患者の状況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	(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） ○患者の状況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）

厚生労働省：令和6年度診療報酬改定と賃上げについて

2

医業経営情報レポート

歯科関連従事者の賃上げに関する改定

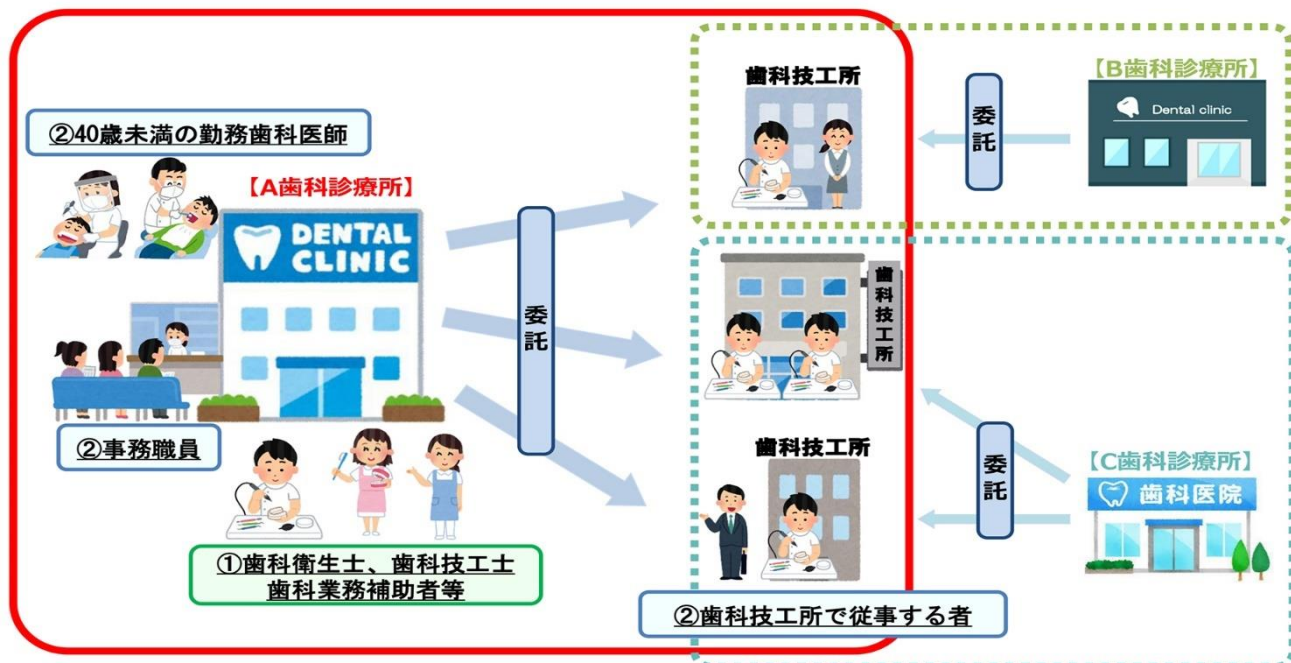
今年度の診療報酬改定項目のうち、歯科関係の従事者に対する賃上げについて、新たに創設される診療報酬と基準となるベースアップ評価料の考え方、具体的スケジュール、計画書や報告書の提出等が示されていますので、以下その詳細を解説します。

■ 歯科関係従事者の対象職種

＋0.61%分活用の対象職種としては、病院、歯科診療所等に勤務する歯科衛生士、歯科技工士、歯科業務補助者、その他医療関係職種職員（医師及び歯科医師を除く）となっています。

＋0.28%分活用の対象職種としては、40歳未満の勤務歯科医師、事務職員、歯科技工所で従事する者等、となっています。

■ 賃上げ対象となる歯科関係職種のイメージ



厚生労働省：診療報酬改定賃上げについて

■ 創設される診療報酬について

今回の歯科関係の診療報酬改定では、賃上げを意図した「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）（Ⅱ）」「入院ベースアップ評価料」が創設されます。

また、初診料・再診料や歯冠修復・欠損補綴物の制作に係る項目等についても、職員の賃上げを実施すること等も踏まえたなかでの引上げを行います。

さらに、今回創設される診療報酬（既存の看護職員処遇改善評価料含む）による賃上げについては、賃上げ促進税制における税額控除の対象となります。

3

医業経営情報レポート

歯科医療の評価の見直しや新設項目

今回の改定の基本方針にある「安心・安全で質の高い医療の推進」という項目に関して、歯科関係では、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といった観点から、評価の見直しや新設が行われています。

他にも賃上げへの対応として初診料や再診料、歯科修復及び欠損補綴物の制作にかかる評価等が見直されました。

■ 歯科医療についての評価の見直し等

(1) 初再診療等の評価の見直しによる人材確保、賃上げへの対応

標準的な感染防止の必要性、医療機関の職員や歯科技工所で従事する者の賃上げ等の観点から初再診料や歯冠修復及び欠損補綴物の制作にかかる項目の評価が見直されました。

現行	改定後
【初診料】 1 歯科初診料 264点 2 地域歯科診療支援病院歯科初診料 288点 【再診料】 1 歯科再診料 56点 2 地域歯科診療支援病院歯科初診料 73点	【初診料】 1 歯科初診料 267点 2 地域歯科診療支援病院歯科初診料 291点 【再診料】 1 歯科再診料 58点 2 地域歯科診療支援病院歯科初診料 75点
(例)【有床義歯】 1 局部義歯（1床につき） イ 1歯から4歯まで 594点 ロ 5歯から8歯まで 732点 ハ 9歯から11歯まで 972点 ニ 12歯から14歯まで 1,402点 2 総義歯 2,184点	【有床義歯】 1 局部義歯（1床につき） イ 1歯から4歯まで 624点 ロ 5歯から8歯まで 767点 ハ 9歯から11歯まで 1,042点 ニ 12歯から14歯まで 1,502点 2 総義歯 2,420点

厚生労働省：令和6年度歯科診療報酬改定の主なポイント

(2) 歯科固有技術の見直し

大臼歯の CAD/CAM 冠について、第一大臼歯の要件を緩和するとともに、第二大臼歯の一部にも適応拡大しました。

CAD/CAM インレーを制作する場合に、デジタル印象採得装置を用いて印象採得及び咬合採得を行った場合の評価を新設しました。併せて、歯科医師と歯科技工士が連携して口腔内の確認を行った場合の評価を新設しました。

●（新）光学印象100点 光学印象歯科技工士連携加算 50点

4

医業経営情報レポート

口腔内の管理や口腔疾患等への取組みの推進

今年度の改定の基本方針にある「安心・安全で質の高い医療の推進」に該当する項目としては、歯科医療における口腔内の管理や口腔疾患等への取組みがあげられます。

以下、これらの取組みに対する評価の見直しや新設された項目について解説します。

■ 口腔機能の管理の推進

(1)回復期等の患者に対する口腔機能管理の推進

回復期リハビリテーション病棟等に入院する患者にするリハビリテーション・栄養管理・口腔管理を推進する観点から、歯科医師による口腔機能管理、歯科衛生士による口腔衛生管理を行う場合の評価が新設されました。

- (新) 回復期等口腔機能管理計画策定料 300点
- (新) 回復期等口腔機能管理料 200点(1回/月)
- (新) 回復期専門的口腔衛生処置 100点(2回/月)

(2)周術期等の患者に対する口腔機能管理の推進

周術期等口腔機能管理について、手術の実施の有無にかかわらず、集中治療室で治療を行う患者を対象に追加しました。

また、終末期の悪性腫瘍の患者等に緩和ケアを実施している患者に対して、歯科衛生士が周術期等専門的口腔衛生処置を行う場合の算定回数制限を2回から4回に見直しました。

(3)ライフステージに応じた口腔機能の管理の推進

ライフステージに応じた口腔機能管理を推進する観点から、口腔機能管理料及び小児口腔機能管理料について、指導訓練が実施されるようになってきた診療実態を踏まえて、評価の在り方を見直すとともに、指導訓練に係る評価が新設されました。

- (改定) 小児口腔機能管理料 100点から60点へ
- (改定) 口腔機能管理料 100点から60点へ

また、口腔機能発達不全症及び口腔機能低下症の患者に指導訓練を行った場合の評価が新設されました。さらには、歯科衛生士実地指導料について、歯科衛生士が口腔機能に係る指導を行った場合の評価も新設されました。

レポート全文は、当事務所のホームページの「医業経営情報レポート」よりご覧ください。

ジャンル:医療制度 > サブジャンル:医療関連法規

医療保険、年金保険、 社会福祉に関連する法律

医療保険および年金保険、社会福祉に
関連する法律を教えてください。

医療保険では、健康保険法や国民健康保険法などが関連します。年金保険では厚生年金保険法が、また社会福祉に関連する法律は、社会福祉法や生活保護法等が該当します。社会保障制度に係る法律には、健康保険法、国民健康保険法、厚生年金法、また社会福祉法や生活保護法などが挙げられます。

健康保険法	健康保険法は、事業所の雇用労働者および被扶養者の業務外の疾病や負傷、出産、死亡について定めた法律である。国民の生活の安定と福祉の向上に寄与することを目的とする。
国民健康保険法	国民健康保険法は、健康保険法と共に、わが国の医療保険制度を支える大きな2本柱の1つで、事業所の雇用労働者や公務員以外の自営業者等を主な対象にした法律である。国民健康保険事業の健全な運営を確保し、社会保障および国民保健の向上に寄与することを目的とする。
高齢者の医療の確保に関する法律	高齢者の医療の確保に関する法律とは、かつては「老人保健法」として制定されていたが、法改正により平成20年4月1日に現在の高齢者の医療の確保に関する法律となり、75歳以上の高齢者および65歳以上の一部障がい者を対象とする後期高齢者医療制度が始まった。 高齢者の医療の確保に関する法律は、「高齢者の適切な医療の確保を図るため、医療費適正化推進計画の作成、保険者による健康診査の実施、前期高齢者に係る保険者間の費用負担の調整、後期高齢者医療制度の創設」等により国民保健の向上及び高齢者の福祉の増進を図ることを目的としている。
厚生年金保険法	厚生年金保険法は、民間企業の労働者が加入する年金保険について定めた法律である。厚生年金は保険料の一部が自動的に国民年金（基礎年金）に拠出される仕組みから、「2階建て年金」と呼ばれており、これに上乗せする「3階部分」の厚生年金基金についてもこの法律で規定している。特徴としては、老齢・障害・死亡などの保険事故に際し、報酬に比例した年金給付を行うことが挙げられる。

■社会福祉に関連する法律

社会福祉法	社会福祉法は日本の社会福祉の目的・理念・原則と対象者別の各社会福祉関連法に規定されている福祉サービスに共通する基本的事項を規定した法律。1951年の制定時は社会福祉事業法という名称で、社会福祉基礎構造改革の検討を経て、2000年5月に社会福祉法に名称と内容が大幅に改正され、同年6月に施行されている。
生活保護法	生活保護制度は、生活に困窮する方に対し、その困窮の程度に応じて必要な保護を行い、健康で文化的な最低限度の生活を保障するとともに、自立を助長することを目的としている。
介護保険法	介護保険法は、急激な高齢化の進展に対応するために、高齢者の介護を社会全体で支え合う仕組みとして平成12年に創設された介護保険制度について必要な事項を定めた法律である。 「自立支援」「利用者本位（尊厳の保持・自己選択）」を基本理念とし、給付と負担が明確な社会保険方式によって運用されている。
老人福祉法	老人福祉法は、老人の福祉に関する原理を明らかにし、高齢者に対し、心身の健康の保持及び生活の安定のために必要な措置を講じて、老人の福祉を図ることを目的としている。 老人福祉法では、老人を65歳以上と規定し、介護保険のサービスを受けられない人を、同法による老人居宅生活支援事業と老人ホームへの入所措置の対象としている。

ジャンル:医療制度 > サブジャンル:医療関連法規

社会保障制度の特徴

社会保障制度には、どのような特徴がありますか。

我が国の社会保障制度は、以下のような特徴があります。

■社会保障制度

(1)すべての国民の年金、医療、介護をカバー(国民皆保険・皆年金体制)

- 社会保障給付の大部分を占める年金・医療・介護は、社会保険方式により運営
- 年金制度は高齢期の生活の基本的部分を支える年金を保障
- 医療保険制度は「誰でも、いつでも、どこでも」保険証 1 枚で医療を受けられる医療を保障
- 介護保険制度は加齢に伴う要介護状態になっても自立した生活を営むことができるよう、必要な介護を保障

(2)社会保険方式に公費も投入し、「保険料」と「税」の組み合わせによる財政運営

- 社会保障の財源は、約 60%が保険料、約 30%が公費、約 10%が資産収入等で、保険料中心の構成となっている

(3)「サラリーマングループ」と「自営業者等グループ」の2本立て

- サラリーマン（被用者）を対象とする職域保険（健康保険、厚生年金）と自営業者、農業者、高齢者等を対象とする自営業者等グループ（国民健康保険、国民年金）の 2 つの制度で構成

(4)国・都道府県・市町村が責任・役割を分担・連携

- 年金等は国、医療行政は都道府県、福祉行政は市町村がそれぞれ中心となって、社会保障制度を運営
- 医療・福祉サービスにおいては、民間主体の事業者が重要な役割を果たしている

■国民皆保険

(1)国民皆保険制度の意義

- 国民皆保険制度を通じて世界レベルの平均寿命と保健医療水準を実現している
- 今後とも現行の社会保険方式による国民皆保険を堅持し、国民の安全・安心な暮らしを保障していくことが必要

(2)日本の国民皆保険制度の特徴

- 国民全員を公的医療保険で保障
- 医療機関を自由に選べる（フリーアクセス）
- 安い医療費で高度な医療
- 社会保険制度を基本としつつ、皆保険を維持するため公費を投入