

会 員 各 位

一般社団法人 日本医療法人協会
会 長 加 納 繁 照

令和6年度診療報酬・介護報酬同時改定説明会について

平素より協会活動にご支援、ご協力賜り、厚く御礼申し上げます。

皆様ご存じのとおり、現在、中央社会保険医療協議会、社会保障審議会介護給付費分科会において令和6年度診療報酬、介護報酬改定の検討が行われております。

このうち、今回の改定幅は診療報酬改定率（本体）0.88%増、介護報酬改定率1.59%増となりました。診療報酬改定のうち、各科の改定率は、医科0.52%増、歯科0.57%増、調剤0.16%増です。薬価等改定率は1.00%減（薬価0.97%減、材料価格0.02%減）と公表されました。

診療報酬、介護報酬が医療機関の経営に直結するだけに、その改定は医療機関そのものを左右する重大な問題であります。また、今後の各項目への点数配分次第で影響度合いも大きく変動してまいります。

そこで当協会では、下記のとおり改定説明会を開催し、厚生労働省担当官に改定内容を解説していただきます。この機会にぜひとも受講されることをお勧めいたします。

記

名 称 令和6年度診療報酬・介護報酬改定同時説明会

日 時 令和6年3月19日（火） 13:00～18:30

開催方式 ハイブリット形式（会場：東医健保会館大ホール＋WEB配信）

内 容・申込方法 別紙「実施要領・申込書」参照

別紙

【実施要領】

1. 研修名 令和6年度診療報酬・介護報酬同時改定説明会
2. 日時 **令和6年3月19日（火） 13:00～18:30**
3. 開催方法 **ハイブリット形式 会場（東医健保会館）とZoomによるWEB配信**
会場：東医健保会館大ホール・**定員100名**
WEB配信：上記日時から配信を行います。**3/23～3/30の24時まで何度でも聴講可能。**
4. 申込期限 **3月14日（木）17時 必着**
5. 送付先 e-mail **headoffice@ajhc.or.jp**
6. 内容 講演1 厚生労働省保険局医療課 担当官 100分（質疑応答含む）
「令和6年度診療報酬改定について」（仮題）
講演2：厚生労働省老健局老人保健課 担当官 100分（質疑応答含む）
「令和6年度介護報酬改定について」（仮題）
講演3：日本医療法人協会 副会長 太田圭洋 40分
「中医協議論を振り返って」
講演4：(株)川原経営総合センター 経営コンサルティング部門 介護戦略グループ 担当官
「介護報酬改定を踏まえた医療法人の経営対応のポイント」（仮題）60分
7. 受講料 会員・賛助会員 1人 8,800円
非会員 1人 11,000円
（共に税込。資料代・受講者1名につき、1冊点数表改正点の解説（医科・調剤）を含む）
8. 申込方法 受講を希望される方は、下の申込書に必要事項を記入し、**本用紙をPDFデータに変更のうえ、電子メールに添付し、送信。もしくは当協会のホームページ（セミナー・勉強会）に掲載してごきます申込書をダウンロードし、必要事項を記入して、電子メールに添付し、送信して下さい。**申込書受理後、協会事務局より登録のメールアドレスへ「申込確認書」を送付し、振込先口座番号をお知らせいたしますので、早急にお振り込みください。
※申込書を送信後7日経って確認書が届かない場合には、下記の事務局までご連絡ください。
9. 問い合わせ先 ご不明な点がございましたら、事務局担当 山崎までご連絡下さい。
(電話03-3234-2438)

2024年3月19日（火）開催
【令和6年度診療報酬・介護報酬同時改定説明会 申込書】

医療法人名 ・医療施設名			
所在地 (住所)	〒		
TEL・FAX	TEL	FAX	
e-mail	※1. システムの都合上、gmail等フリーメール以外のアドレスをご記入下さい。 ※2. 申込者が複数の場合は、それぞれの方が受信できるメールアドレスを必ずご記入下さい。		
参加方法	<input type="checkbox"/> 現地参加 ・ <input type="checkbox"/> WEB参加 (該当する方に✓を記してください)		
会員・非会員の別	<input type="checkbox"/> 会 員・賛助会員 <input type="checkbox"/> 非 会 員 (該当する方に✓を記してください)		
インボイス	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要【宛名： (送付先 e-mail) 】		
受講者名	フリガナ		(E-mail)
	氏 名		役職
	フリガナ		(E-mail)
	氏 名		役職
	フリガナ		(E-mail)
	氏 名		役職

※1 複数申込希望の場合は、同申込書をコピーのうえご使用下さい。

※2 インボイスが必要な場合には、領収書の宛名及びその送付先のメールアドレスをご記入下さい。

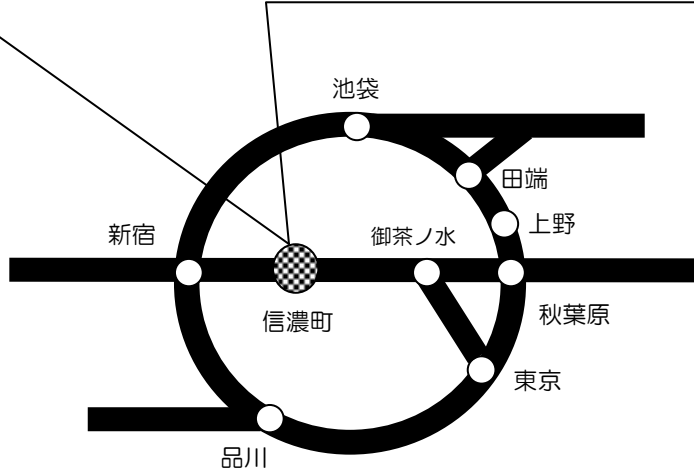
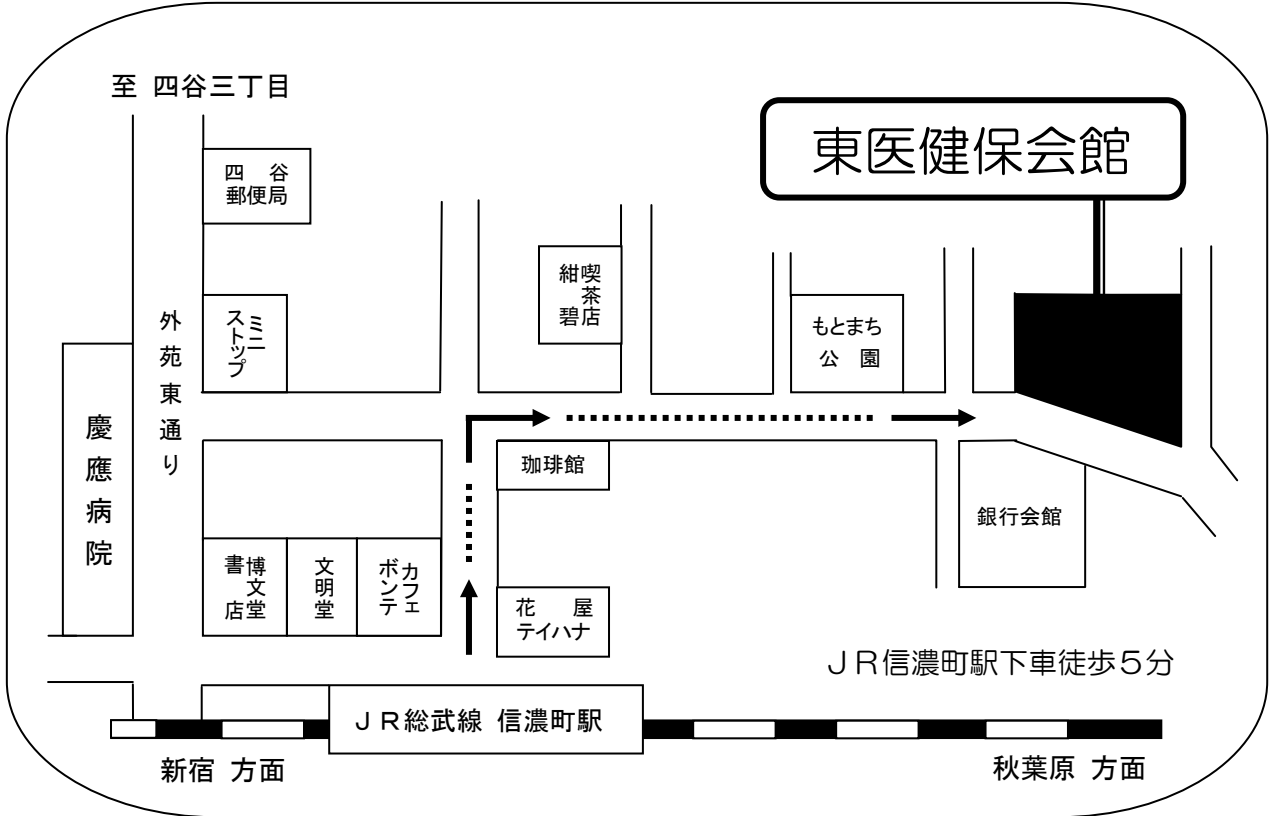
※3 同説明会はWEB配信も行いますので、メールアドレスは必ずご記入下さい。

(注) 上記の個人情報は受講手続きにのみ使用し、他の用途には使用致しません。

送付先 一般社団法人 日本医療法人協会 事務局
e-mail headoffice@ajhc.or.jp

semi20240319

案内図



東医健保会館

〒160-0012 東京都新宿区南元町4番地
TEL 03 (3353) 4311 FAX 03 (3357) 7553