

週刊WEB

医療経営

MAGA
ZINE

Vol.876 2025.7.1

医療情報ヘッドライン

**「外来データ等提出加算」の届出が低調
対象医療機関数の約3.5%にとどまる**

▶厚生労働省 分科会

**病院の耐震化率が80.5%に
政府目標を3年遅れで達成**

▶厚生労働省

週刊 医療情報

2025年6月27日号

**「持ち分なし社団」、
3月末で医療法人全体の4割に**

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6年度1月号)**

経営情報レポート

**令和6年度診療報酬改定
厚生労働省 疑義解釈の解説**

経営データベース

ジャンル:医療制度 > サブジャンル:クリニック新規開業

**開業スケジュールの策定
開業の基本方針**

発行:税理士法人ブレインパートナー

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

「外来データ等提出加算」の届出が低調 対象医療機関数の約3.5%にとどまる

厚生労働省 入院・外来医療等の調査・評価分科会

厚生労働省は、6月19日の「入院・外来医療等の調査・評価分科会」（中央社会保険医療協議会診療報酬調査専門組織）で、「外来データ等提出加算」の届出医療機関数が今年6月時点で1,522施設にとどまっていたことを明らかにした。これは、対象医療機関数の約3.5%に当たる。同加算は、医療DXの一環として2022年度診療報酬改定で新設されたが、データ収集の時点でつまづいている現状が浮き彫りとなった形だ。

■入院のデータ提出加算は8割が届出

良質で効率的な医療を実現するうえで、データの有効活用が不可欠なのは言うまでもない。すでに入院医療においては、入院料を算定するためデータの提出が必須となっており、2024年度（令和6年度）の届出医療機関数は6,459施設。厚労省「医療施設動態調査」によれば、2024年6月時点の病院数は8,068施設であるため、約80%が届出をしているということだ。

一方で、外来医療におけるデータ提出加算の届出が低調なのは前述のとおり。同時に創設された「在宅データ提出加算」や「リハビリテーションデータ提出加算」も低調で、「在宅データ提出加算」は昨年12月から半年間で倍以上に増えてはいるものの1,269施設。対象医療機関数17,776施設の約7.1%にとどまっている。ちなみに「リハビリテーションデータ提出加算」は471施設で対象医療機関数が11,805施設の約3.9%（加算の点数は、外来提出データ加算、在宅データ提出加算、リハビリテーションデータ

提出加算とも50点（月1回）。

入院料のデータ提出加算は、入院データのみ提出する「データ提出加算1・3」は200床以上の場合145点、200床未満の場合215点。入院データ＋外来データを提出する「データ提出加算2・4」は200床以上の場合155点、200床未満の場合225点）。

■入力のための人手不足がボトルネックか

なぜ、外来医療におけるデータ提出加算の届出は低調なのか。「令和6年度入院・外来医療等における実態調査」によれば、「外来データ提出加算を算定していない理由、又は算定しているが困難に感じていることについて」、病院・診療所ともに最も多かったのは「入力のための人員が確保できない」で、病院55.7%、診療所46.4%だった。診療所で次いで多かったのは「算定のための仕組みが複雑で理解が難しい」で39.8%。これは病院の場合16.4%とさほど高くない。

次いで「加算の点数が作業に必要なコストに見合っていない」（病院39.3%、診療所34.2%）、「電子カルテ・レセコンが対応していない」（病院31.1%、診療所29.0%）となっている。

厚労省は、この調査結果も踏まえて入力項目が多様なことがボトルネックであると見ているようで、公表資料に入力項目を記載。分科会の委員からも項目見直しの意見が出ており、入力の手間を削減する方向になりそうだ。

10%以下の届出にとどまっている現状を変えるほどのインパクトを生み出せるかどうか注目したい。

医療情報
ヘッドライン
②

病院の耐震化率が80.5%に 政府目標を3年遅れで達成

厚生労働省

厚生労働省医政局は6月20日、「病院の耐震改修状況調査の結果」を公表。2023年9月1日時点で、病院の耐震化率は80.5%だったことがわかった。

前年調査から1.0ポイント増え、2018年に閣議決定した「防災・減災、国土強靱化のための3年緊急対策」で政府が掲げた病院全体の耐震化率を80.0%とする目標を3年遅れで達成した形となった。

■「全ての建物に耐震性がない」病院も存在

この調査は2023年10月に全国の8,148病院を対象に実施された。2023年の「医療施設調査」で病院は8,122施設となっているため、病院の全数調査といえるだろう。

回答率は99.9%（8,143施設）だったため、回答しなかった病院は5施設ということになる。なお、災害拠点病院および救命救急センターの回答率は100%（778施設）で、耐震化率は96.0%（747施設）と前年調査に比べて0.6ポイント増だった。

耐震化の状況は、「（A）全ての建物に耐震性がある病院数」「（B）一部の建物に耐震性がある病院数」「（C）全ての建物に耐震性がない病院数」「（D）建物の耐震性が不明である病院数（耐震診断を実施していない病院数）」「（B）と（C）のうち、Is値0.3未満の建物を有する病院数」「（B）、（C）及び（D）のうち、令和5年度末までに全ての建物が耐震化される予定の病院数」の6つに分けられている。なお、「耐震性がない建物」とは、厚労省の資料によれば「昭和56年（1981年）以前に建築された建物

であって耐震診断の結果Is値0.6未満（震度6強程度の地震により倒壊又は崩壊する危険性がある）の建物」を指す。Is値とは、建物の耐震性能を表す指標で、Is値0.3未満だと「震度6強程度の地震により倒壊又は崩壊する危険性が高い」とされている。

全ての建物に耐震性がある（A）の病院は6,552施設で、全体の80.4%。最も深刻な（C）の「全ての建物に耐震性がない」病院は106施設で全体の1.3%だった。（D）の「耐震性が不明」であるとした病院は942施設で、全体の11.5%を占めている。

■耐震診断未実施が最も多いのは大阪府

なお、都道府県別に見ていくと、（C）の「全ての建物に耐震性がない」が最も多いのは東京都で27施設（病院数639）。次に多いのが大阪府（病院数506）の8施設となっている。

（D）の「建物の耐震性が不明（耐震診断を実施していない）」で最も多いのは大阪府で94施設、次いで北海道75施設、福岡県72施設。東京都は27施設だった。

耐震化率が96.0%と高い災害拠点病院および救命救急センターも、細かく見ていくと不安要素がある。（C）の「全ての建物に耐震性がない」こそ0だったが、（D）の「耐震性が不明」は1施設。「（B）と（C）のうち、Is値0.3未満の建物を有する病院数」が15施設となっている。近年、大規模な自然災害が多発していることを踏まえれば、とりわけ災害拠点病院および救命救急センターは至急改善する必要があるだろう。

ビズアップ週刊

医療情報

2025年6月27日

[情報提供]MMPG

(メディカル・マネジメント・プランニング・グループ)
メディカルウェーブ

医療情報①
厚生労働省
報告

「持ち分なし社団」、 3月末で医療法人全体の4割に

厚生労働省によると、医療法人全体に占める「持ち分なし社団」の割合は3月末現在、39.2%で、前年から1.7ポイント上昇した。「持ち分なし社団」は、2007年3月末の時点で全医療法人の1.0%にとどまっていたが、その後は法人数が毎年増えている。

厚労省の「種別医療法人数の年次推移」によると、全国の医療法人の総数は3月末現在5万9,419法人で、前年から517法人増えた。

総数の内訳は、「医療法人社団」が5万9,034法人（前年比526法人増）、「医療法人財団」が385法人（9法人減）。医療法人社団のうち、「持ち分あり社団」は627法人減り3万5,766法人だった。一方、「持ち分なし社団」は2万3,268法人で1,153法人増えた。

「持ち分あり社団」は、ピーク時の08年3月末には全国に4万3,638法人あり、全医療法人96.8%を占めていたが、06年の医療法改正に伴い、07年度以降は新規に設立できなくなった。医療法人の非営利性を徹底させるため、厚労省は「持ち分なし社団」への移行を支援する「認定医療法人制度」を14年に作った。

この制度では、医療法人が作った「持ち分なし」への移行計画を国が「妥当」と認めた場合、出資者の持ち分放棄に伴う「みなし贈与税」を非課税にするなど税制面で優遇する。

「種別医療法人数の年次推移」によると、「特定医療法人」は3月末現在、全国に307法人あり、前年から6法人減った。また、救急医療やへき地医療など地域に特に必要な医療を提供する「社会医療法人」は12法人増えて373法人になった。

特定医療法人は、「役職員の給与報酬が1人当たり年3,600万円以下」などの基準をクリアして移行すると、法人税率が軽減されるなどのメリットがある。ピーク時の08年3月末には全国に412法人あったが、減少傾向が続いている。

医療情報②
社保審
医療保険部会

病床転換の助成、 活用予定の医療機関1－3%

療養病床の介護保険施設などへの転換を支援する「病床転換助成事業」について、厚生労働省は19日、この事業を今後活用予定の医療機関が1－3%にとどまるとする調査結果を社会保障審議会の医療保険部会に報告した。

厚労省によると、2008年度に始まった病床転換助成事業は24年度までで計7,465床の療養病床の転換に活用された。転換先として最も多かったのが介護医療院の46.3%。

介護老人保健施設の 42.4%と合わせて 9 割弱を占めた。事業の活用状況や今後の活用予定などを把握するため、厚労省は都道府県や医療機関を対象とする調査を 24 年度に実施。回答率は都道府県で 89.4%、医療機関で 21.6%だった。

その結果、事業の活用実績がある病院は 7.3%（28 力所）で、有床診療所は 3.7%（2 力所）だった。都道府県や医療機関へのヒアリングでは、地域の介護提供体制の充実に効果があったとする意見や、事業の存在が経営判断の後押しにつながったという声もあった。

一方、今後この事業を活用予定の医療機関は、期限の 25 年度末までで 1.4%、27 年度末でも 3.0%にとどまった。こうした状況を踏まえ、厚労省はこの日の医療保険部会で 25 年度末としている事業期限を延長するか否かを論点に示した。

佐野雅宏委員（健康保険組合連合会会長代理）は、活用実績の低さから事業の廃止を求めた。

北川博康委員（全国健康保険協会理事長）も、医療介護総合確保基金など病床再編や介護保険施設の創設に対する既存の支援制度がある中、「単純に延長するわけにはいかないのではないか」と述べた。

他方で城守国斗委員（日本医師会常任理事）は、調査の中で事業の申請手続きの煩雑さや承認を得られるまでの期間が長いなどの課題が挙げられていることに言及。こうした課題の解消を図りつつ、「当面は事業を延長するのが適切」だと主張した。

中村さやか委員（上智大経済学部教授）は、医療機関の回答率が 2 割程度と低いことを指摘。データが偏っている可能性もあるとし、調査方法の見直しなどを提案した。

委員から出た意見を踏まえ、厚労省は今後の対応を検討するとした。医療保険部会で方針を示し、年度内に結論を出す。

医療情報③
政府
デジタル行革会

医療機関のデータ利活用、 年末ごろ中間整理

政府のデジタル行財政改革会議は 18 日、生産年齢の人口減少が進む中、データや AI の利活用により生産性の向上を図るべく取りまとめた「データ利活用制度の在り方に関する基本方針」が 13 日に閣議決定されたと報告した。

医療分野では、医療機関や製薬会社が保有する医療データの利活用について、対象データの範囲や情報連携基盤の在り方などを検討し、年末をめどに中間取りまとめを行う。

その上で、2026 年夏をめどに議論の整理を行い、遅くとも 30 年までにおおむね全ての医療機関で必要な患者情報の共有を目指す。その際に必要な法改正は、27 年の通常国会での法案提出に向けて準備を進める。

会議冒頭のあいさつで平将明デジタル行財政改革担当相は、「AI の社会実装を加速するに当たっての大きな課題がデータの利活用だ」とし、人口減を補完する効率化を実現するため、基本方針に基づき、取り組みを前に進めていく考えを示した。（以降、続く）

週刊医療情報（2025年6月27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6年度1月号）

厚生労働省 2025年6月5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		国民健康 保険	(再掲) 未就学者			
				家 族						
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		46.0	25.8	15.0	8.4	5.6	10.7	1.4	18.0	2.2
令和 5 年度 4～3月		47.3	26.2	15.7	8.9	5.8	10.5	1.5	18.8	2.3
	4～9月	23.5	13.0	7.7	4.4	2.9	5.3	0.7	9.3	1.1
	11 月	3.9	2.2	1.3	0.7	0.5	0.9	0.1	1.6	0.2
	12月	4.0	2.3	1.4	0.8	0.5	0.9	0.1	1.6	0.2
	1 月	3.9	2.2	1.3	0.7	0.5	0.9	0.1	1.6	0.2
令和 6 年度 4～1 月		40.0	21.7	13.2	7.6	4.7	8.6	1.1	16.3	2.0
	4～9月	23.7	12.9	7.8	4.5	2.8	5.1	0.7	9.6	1.2
	11 月	4.0	2.2	1.3	0.8	0.5	0.8	0.1	1.6	0.2
	12月	4.2	2.3	1.4	0.8	0.5	0.9	0.1	1.7	0.2
	1 月	4.1	2.2	1.3	0.8	0.5	0.8	0.1	1.7	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。

●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 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		36.8	24.5	19.4	18.4	18.8	38.9	24.4	95.7
令和 5 年度 4～3月		38.0	25.2	20.2	19.1	19.9	40.0	26.0	96.5
	4～9月	18.8	12.5	10.0	9.4	9.8	19.8	13.6	48.2
	11 月	3.1	2.1	1.7	1.6	1.6	3.3	2.1	8.0
	12 月	3.2	2.2	1.8	1.7	1.7	3.4	2.2	8.2
	1 月	3.2	2.1	1.7	1.6	1.6	3.3	1.9	8.1
令和 6 年度 4～1 月		32.3	21.2	17.0	16.2	16.6	33.8	21.0	81.3
	4～9月	19.1	12.5	10.0	9.5	9.8	20.1	12.6	48.3
	11 月	3.2	2.1	1.7	1.6	1.7	3.4	2.1	8.0
	12 月	3.4	2.2	1.8	1.7	1.8	3.5	2.2	8.3
	1 月	3.3	2.1	1.7	1.6	1.6	3.4	2.0	8.3

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		46.0	36.8	17.4	16.2	3.2	7.9	0.7	0.51	18.1	24.1	3.2
令和5年度4～3月		47.3	37.6	17.9	16.4	3.3	8.3	0.7	0.61	18.7	24.7	3.3
	4～9月	23.5	18.7	8.9	8.2	1.6	4.1	0.4	0.29	9.3	12.2	1.6
	11月	3.9	3.1	1.5	1.4	0.3	0.7	0.1	0.05	1.5	2.0	0.3
	12月	4.0	3.2	1.5	1.4	0.3	0.7	0.1	0.05	1.5	2.2	0.3
	1月	3.9	3.1	1.5	1.4	0.3	0.7	0.1	0.05	1.6	2.0	0.3
令和6年度4～1月		40.0	31.7	15.3	13.6	2.8	7.0	0.6	0.60	16.0	20.6	2.8
	4～9月	23.7	18.8	9.1	8.1	1.7	4.1	0.4	0.35	9.5	12.2	1.7
	11月	4.0	3.2	1.5	1.3	0.3	0.7	0.1	0.06	1.6	2.0	0.3
	12月	4.2	3.3	1.6	1.4	0.3	0.8	0.1	0.06	1.6	2.2	0.3
	1月	4.1	3.2	1.6	1.4	0.3	0.7	0.1	0.06	1.7	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	24.3	23.9	4.3	15.6	4.0	8.4	0.43
令和5年度4～3月	24.8	24.3	4.4	15.9	4.0	8.9	0.50
	4～9月	12.4	12.1	2.2	7.9	2.0	0.24
	11月	2.1	2.0	0.4	1.3	0.3	0.04
	12月	2.1	2.1	0.4	1.4	0.3	0.04
	1月	2.0	2.0	0.4	1.3	0.3	0.04
令和6年度4～1月	20.8	20.3	3.7	13.3	3.4	7.5	0.49
	4～9月	12.4	12.1	2.2	7.9	2.0	0.28
	11月	2.1	2.0	0.4	1.3	0.3	0.05
	12月	2.2	2.1	0.4	1.4	0.3	0.05
	1月	2.0	2.0	0.4	1.3	0.3	0.05

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	18.9	40.4	42.1	10.4	8.1	9.4	11.9	15.4
令和5年度4～3月	19.0	40.7	42.4	10.3	8.2	9.4	12.1	15.5
	4～9月	19.0	40.7	10.3	8.2	9.3	12.0	15.4
	11月	19.0	40.9	10.3	8.2	9.2	12.1	15.5
	12月	18.9	40.4	10.2	8.3	9.5	12.2	15.6
	1月	19.6	40.7	10.7	8.1	9.5	12.2	16.0
令和6年度4～1月	19.2	41.7	43.4	10.2	8.4	9.4	12.3	15.5
	4～9月	19.1	41.4	10.2	8.4	9.4	12.3	15.4
	11月	19.1	42.2	10.1	8.5	9.2	12.3	15.3
	12月	19.2	42.1	10.0	8.6	9.4	12.3	15.5
	1月	20.1	42.1	10.6	8.4	9.6	12.3	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6年度1月号)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



制 度 改 正

令和6年度診療報酬改定

厚生労働省 疑義解釈の解説

1. 令和6年度 診療報酬改定の概要
2. 賞与への反映は各医療機関の判断に
3. 医療DX推進連携整備加算は経過措置に注意
4. 2回目以降の療養計画書は患者署名の省略可



■参考資料

【厚生労働省】：令和6年度診療報酬改定の概要 令和6年度診療報酬改定の基本方針 疑義解釈資料の送付について（その1）（その2）（その3）（その4）

1

医業経営情報レポート

令和6年度 診療報酬改定の概要

■ 令和6年度 診療報酬改定の方向性

周知のとおり、今回の改定率は、診療報酬本体部分が 0.88%に引き上げられた一方で、薬価、材料価格の引き下げの影響により、全体改定率は 0.12%のマイナス改定となりました。

令和4年度の改定と同様に、全体改定率は引き下げられましたが、本体部分のプラス改定は今回で9回連続となります。

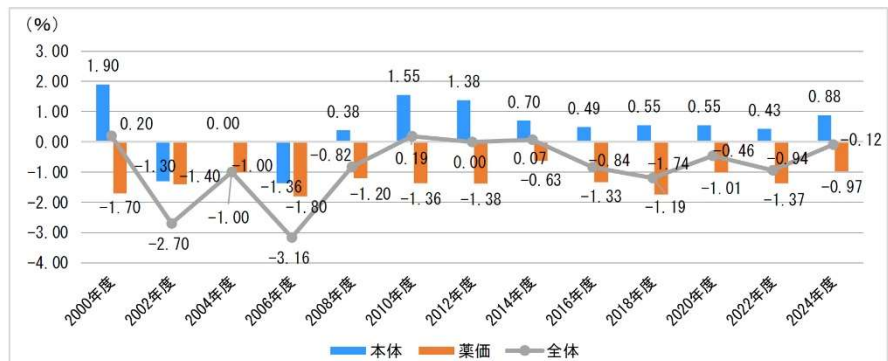
なお、本体部分の引き上げ幅には、40 歳未満の勤務医師・勤務歯科医師・薬局の勤務薬剤師、事務職員、歯科技工所等で従事する者の賃上げに資する措置分としての 0.28%のプラス要因が含まれます。

■ これまでの診療報酬改定率の推移

これまでも2年に一度、診療報酬の改定が行われてきました。青色のグラフは診療報酬本体の変動率を、オレンジ色のグラフは薬価の変動率を、そして灰色のグラフはこれらを合計した全体の推移を表しています。本体については 2008 年度以降プラスの改定となっており、今回の改定については前回の改定率よりも増加し、0.88%となりました。

薬価については下げ幅は小さいものの、これまでと同様マイナスが継続し、マイナス 0.97%となっています。全体としては 2016 年度以降、マイナス改定が続いていましたが、今回は前回と比較すると小幅な下げにとどまり、マイナス 0.12%に着地しました。

◆ これまでの診療報酬改定率の推移



■ 改定の基本的視点と具体的方向性

今回の改定では、次のような基本的視点と、具体的方向性を明示されています。まずは、デフレ完全脱却のための総合経済対策を踏まえつつ、物価高騰・賃金上昇への対応として「ベースアップ評価料」の新設や、医療DXを推進し、今般の感染症対応の経験やその影響も踏まえつつ、外来・入院・在宅を含めた地域全体での医療機能の分化・強化、連携を着実に進めるべく、初再診料に加算できる「医療DX推進体制整備加算」の新設などが行われました。

また、従来、内科系の医療機関で多くの算定がなされてきた「特定疾患療養管理料」の対象となる疾患が見直され、「高血圧症」「糖尿病」「脂質異常症」の患者については「生活習慣病管理料」での算定に変更となりました。

2

医業経営情報レポート

賞与への反映は各医療機関の判断に

■ ベースアップ評価料の全体像

ベースアップ評価料は今回の診療報酬改定の大きな目玉となっています。

ベースアップ評価料の対象となる医療機関は、賃金改善計画書を作成し、賃金引き上げの実施状況を詳細に記載した報告書を提出する必要があります。

医療従事者の賃金引き上げが評価され、診療報酬の評価点数に反映されることになります。

◆ 賃上げに係る評価の全体像

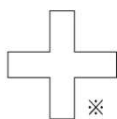
ベースアップ評価料

看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種（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を除く）について賃上げを実施していくための評価

① 外来・在宅医療の患者に係る評価、訪問看護ステーションの利用者に係る評価

外来・在宅ベースアップ評価料(I)、歯科外来・在宅ベースアップ評価料(I)、訪問看護ベースアップ評価料(I)
・ 届け出が必要、初再診料等に評価を上乗せ（区分は設けない）

（新）外来・在宅ベースアップ評価料（I）初診時 6点 再診時 2点 等



※ 入院に携わる職員のための評価



※ ①による対象職員の賃上げが、一定の水準（給与総額の1.2%増）に達しないと見込まれる無床診療所、訪問看護ステーションのみ

①' 賃金増率が低い場合の①への上乗せ評価

外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)、歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)、訪問看護ベースアップ評価料(Ⅱ)
・ 一定の水準（対象職員の給与総額の1.2%）に達するため、評価の区分（8区分）を計算し、届出を行った施設について、①の評価へ上乗せ

（新）外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 等

病院、有床診療所

② 入院患者に係る評価

入院ベースアップ評価料

・ 必要な評価の区分（165区分）を計算し、届出を行った施設について、入院料等に評価を上乗せ

（新）入院ベースアップ評価料（1日につき）

1	入院ベースアップ評価料 1	1点
2	入院ベースアップ評価料 2	2点
↓		
165	入院ベースアップ評価料 165	165点

・ 対象職員の賃上げの計画及び実績について、毎年報告
・ ベースアップ評価料においては、算定した評価は、対象職員の賃上げ（ベースアップ等）に用いる必要（令和6年度から令和7年度への繰り越しは可）

初再診料、入院基本料等の引き上げ

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

・ 賃上げの計画及び毎年の実績（各年）についてベースアップ評価料①～②に伴う報告や抽出調査等により把握

厚生労働省：令和6年度診療報酬改定の概要

■ これまでに出了された疑義解釈

厚生労働省からは、ベースアップ評価料について、同評価料に基づいて毎月支払われる手当は、労働基準法等に列挙されている手当に該当しないため、割増賃金（超過勤務手当）として基礎賃金に算入する必要がありますが、賞与への反映は各医療機関の判断に委ねられています。

また、40歳未満の勤務医や事務職員等については、賃金改善計画書の賃金増率を2.5%以上で届け出した時点や、評価料収入が予定額を上回った場合、職員の基本給等を令和6年度に2.5%以上、令和7年度に4.5%以上引き上げた時点から賃金改善の実績とみなされます。

3

医業経営情報レポート

医療DX推進連携整備加算は経過措置に注意

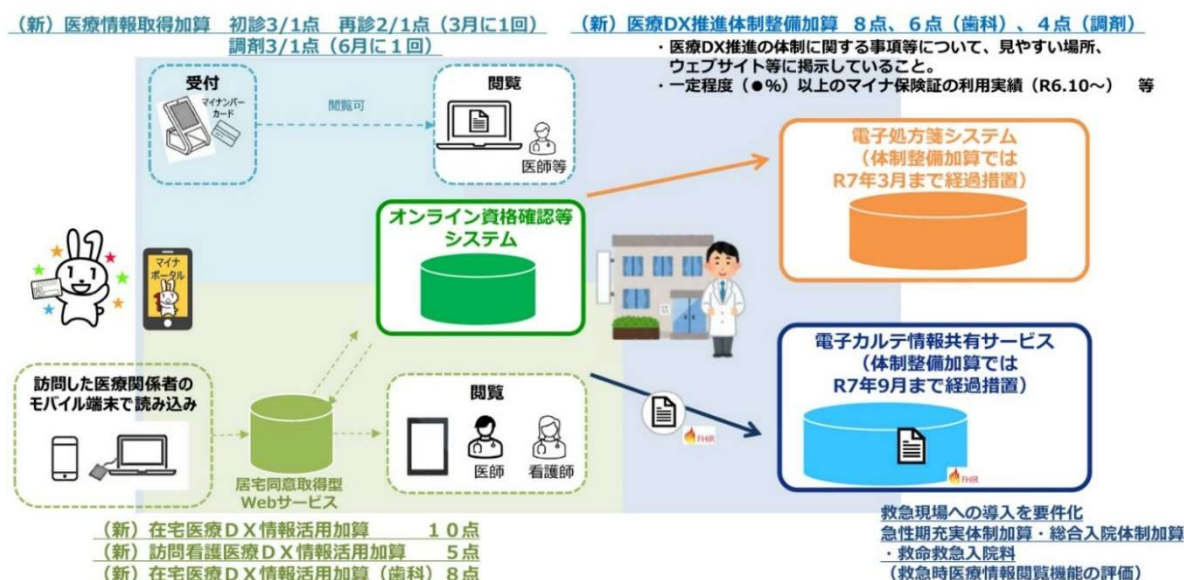
■ 医療DXに係る全体像

今回の診療報酬改定では「医療DX推進体制整備加算」が新設されました。これは、マイナ保険証の利用で得られる薬剤情報などを診察室でも活用できる体制の整備を企図するものです。

これに加え、電子処方箋および電子カルテ情報共有サービスの整備や、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しています。

◆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）



※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。

厚生労働省：令和6年度診療報酬改定の概要

◆医療DX推進体制整備加算の施設基準

- オンライン請求を行っていること。
- オンライン資格確認を行う体制を有していること。
- 医師が、電子資格確認を利用して取得した診療情報を、診療を行う診察室、手術室又は処置室等において、閲覧又は活用できる体制を有していること。
- 電子処方箋を発行する体制を有していること。（経過措置 令和7年3月31日まで）
- 電子カルテ情報共有サービスを活用できる体制を有していること。（経過措置 令和7年9月30日まで）
- マイナンバーカードの健康保険証利用の使用について、実績を一定程度有していること。（令和6年10月1日から適用）
- 医療DX推進の体制に関する事項及び質の高い診療を実施するための十分な情報を取得し、及び活用して診療を行うことについて、当該保険医療機関の見やすい場所及びウェブサイト等に掲示していること。

4

医業経営情報レポート

2回目以降の療養計画書は患者署名の省略可

■生活習慣病管理料の見直し

今回の診療報酬改定では、生活習慣病に対する質の高い疾病管理を推進するため、生活習慣病管理料の要件および評価の見直しが行われ、「特定疾患療養管理料」の対象患者についても見直しがなされています。生活習慣病管理料は名称を生活習慣病管理料（Ⅰ）とし、生活習慣病管理料（Ⅱ）が新設され、療養計画書の簡素化が図られることとなりました。

◆生活習慣病に係る医学管理料の見直し

- 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	改定後
【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	【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こと。 - 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。

厚生労働省：令和6年度診療報酬改定の概要

■これまでに出された疑義解釈

厚生労働省からは、生活習慣病管理料に関する疑義解釈が出されました。生活習慣病管理料（Ⅰ）および（Ⅱ）では、初回は療養計画書に患者の署名が必要ですが、2回目以降は、療養計画書の内容を患者に説明、理解したことを医師が確認し、その旨を療養計画書に記載した場合には署名は省略可能です。また、医師以外の薬剤師や看護職員が追加説明を行い、診察室外で署名を受けても算定可能となりました。さらに、生活習慣病管理料（Ⅰ）および（Ⅱ）を算定した月には、条件を満たせば別日に外来管理加算を算定することも可能です。

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:クリニック新規開業

開業スケジュールの策定

開業を考えています。どのような項目を、どんなスケジュールで用意したら良いか教えてください。

開業するにあたっては、明確なビジョンを持ち、これに基づく経営方針および診療方針を策定したうえで、診療形態や事業計画を検討する必要があります。ビジョン達成を実現できる将来像を確固たるものにするためには、その基盤確立プロセスに十分な時間をかけて綿密な準備を進めなければなりません。

■開業形態別スケジュール

開業スケジュールを立案する場合、最も重要な手続きは『保険医療機関指定申請』です。

都道府県で違いがありますが、原則的に毎月 20 日が締切日となるため、ドクターの開業予定日を確認し、逆算してスケジュールを策定することが重要です。

以下では戸建て型開業のスケジュールを紹介します。

〇月 1 日 開業予定日	
13か月前以前	- 土地探索、物件決定 - 融資打診と内諾 シミュレーションの事業計画策定
12か月前	設計打合せ、大型医療機器打合せ
10か月前～	決定事項を入れた事業計画に修正
9か月前	建築確認申請 構造計算（必要のない場合もあり）
8か月前～	- 決定事項を入れた事業計画修正 - 建築見積りの確定と請負契約の締結
7か月前	建物建築工事 着工（工法により工期に差があり）
3か月前～	- 建物確認申請上の中間検査（規模などにより、ない場合もあり） - スタッフ募集、面接、採用
2か月前	- 院内への医療機器など設置整備：検査の前日までに終了 - 建物引渡し：建築確認申請上の検査と消防検査、施主検査（建築会社との協議により工事中に医療機器搬入ができる場合あり） - 建物工事竣工：25 日位までに終了
1か月前	- 保険医療機関指定申請：20 日締め切り - 保健所開設届出済証の発行：17 日位まで - 保健所の検査：届出済証発行の 1 週間前（検査を行わず、届出済証を発行する保健所もあり） - 保健所へ開設届提出：検査の 1 週間前 - スタッフ勤務開始し、開業前研修を行なう

ジャンル:医療制度 > サブジャンル:クリニック新規開業

開業の基本方針

開業に向けて取り組んでいく基本方針で
重要なポイントは何でしょうか？

1. 開業するうえで重要なコンセプトの立案

開業準備を進めていくうえで、また、クリニック経営を行なっていく中で
ドクターはさまざまな決断を迫られることになりますが、どのような場合で
あってもしっかりとしたコンセプトが唯一の判断基準となります。

これは求められる決断の優劣を評価しにくいときの拠り所となるからです。

例えばクリニックの名称という点を考えると、それがどのようなであったと
しても間違いであるとはいえません。基本的なコンセプトがなければ判断に迷いが生じるだけ
ではなく、あらゆる場面での判断がちぐはぐにもなりかねません。

2. 経営理念と診療方針の明文化

医療機関を取り巻く経営環境が厳しくなればなるほど、他クリニックとの差別化を意識した
経営戦略の必要性が高くなります。これらの背景には患者ニーズの多様化が進み、医療機関に
対する要望がより特徴的かつ専門的に求められるようになったことが挙げられます。

つまり開業するドクターのスタンスが不明瞭だと成功は難しいということです。

クリニック開業を成功させる第一のポイントは、経営理念と診療方針を明確にすることです。

ここで重要視しなければならないのは、「何のために開業するのかという点を明確にすること」です。診療方法や患者サービス、スタッフの雇用条件など、さまざまな視点から考えをま
とめ、経営理念や診療方針を明文化することで、理想のクリニック像を描くことができます。

3. 経営者の感覚を養う

開業に向けて基本的な方針が決まったら、事業主としてクリニック経営をすることを意識し
なければなりません。今後は診療するだけでなく、さまざまな課題に対し、自ら決断をして
いかなければならない立場になります。

事業主としての心構えを身につけるための書籍に目を通すなど、経営者としての感覚を気持
ちの中に植え付けることも重要な要素になります。

また、独立開業となると当然、共に働いてくれるスタッフが必要になります。

そのスタッフ一人ひとりにも生活があり、家族がいます。そのスタッフの人生も院長となる
ドクターが背負うことになります。これが事業主になるということであり、さまざまな責任を
負うことへの強い自覚が求められるのです。