週刊WEBマガジン
医業経営
Vol.943
2026.11.17



医療情報ヘッドライン

美容医療など自由診療部門に対し人材養成費用の納付を求める制度を

▶財務省 分科会

24年度の国民医療費は48.8兆円

4年連続過去最高 地域差は1.44倍

▶厚生労働省





週刊 医療情報

2026年11月13日号
診療報酬「加減算」の提言見送りへ

経営TOPICS

統計調査資料 令和7(2025)年
病院報告の概況

経営情報レポート

診療情報連携を活かす
診療所の新加算実務ガイド

経営データベース

ジャンル: 労務管理 ＞ サブジャンル:労務トラブル防止策
適正な労働時間の管理
自主的に残業する職員の対応

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❶

美容医療など自由診療部門に対し人材養成費用の納付を求める制度を

財務省　財政制度等審議会財政制度分科会

財務省は 11 月４日に財政制度等審議会財政制度分科会を開催。医療関係職種の安定的な養成・確保に向けて、自由診療部門の応益負担を論点に挙げた。

医師や看護師等の養成・確保には多額の公費や保険診療部門のリソース等が投入されている一方、医療人材は収益事業となる美容医療等の自由診療部門にも従事し利用されている。

そこで財務省は美容医療等の一定の自由診療部門にも、利用する医師・看護師の数などに応じた負担を求め、集めた負担金を地域で働く医療人材の安定的な養成・確保のために活用する仕組みを提案した。

■医学部6年間で医師１人当たりの公費は国立大学で約3,000万円

財務省は医療従事者数について、医師等は全国で供給が需要を上回る見込みだが、地域偏在等によって人材確保に課題を抱える医療機関も存在している現状に言及。診療所の偏在是正の取り組みのさらなる強化と、地域で働く医師・看護師等の安定的な養成・確保が必要だと問題提起した。

医療人材を養成する際の医学・看護教育、医師の臨床研修、保険診療の臨床経験（専攻医・専門研修を含む）には、運営費交付金や補助事業といった多額の公費や、保険診療部門の人的リソースが投入されている。

医学部６年間の教育にかかる医師１人当たりの公費は、国立大学で約 3,000 万円、私立大学で約 2,400 万円という試算も提示した。

しかし、こうして養成された医療人材は保険診療だけでなく美容医療などの自由診療にも利用されており、2024 年に厚生労働省が開催した社会保障審議会医療部会では「美容診療は収益事業。一定期間社会に貢献する保険診療をしっかりやるのだということをきちんと盛り込まないと、医師の偏在はますます助長する」といった指摘もあった。

このため財務省は、医師・看護師を養成・確保するための費用等に充てるため、今回の応益負担を求める提言に至った。

■美容医療での合併症治療費は公的医療保険の「給付対象外と明確化」

2025 年 12 月に成立した改正医療法で、美容医療を行う医療機関の管理者に対し、都道府県知事等へ安全管理体制などを定期的に報告する義務が新たに導入された。

財務省は美容医療を行う医療機関に応益負担を求めるスキームの一例として、安全管理体制に加え、医師・看護師等の人数を報告義務の対象とし、その人数に応じて「医療人材確保負担金（仮称）」の納付を求める仕組みを提示。売上高や施術件数ではなく、医療従事者の人数を基準とする案になっている。

集約した負担金は「医療人材確保基金（仮称）」に充て、地域で働く医師・看護師等の安定的な養成・確保に活用するイメージだ。

また、美容医療等の自由診療によって合併症等が起こった場合の治療費についても言及。

厚労省の部会では「自由診療で有害事象や合併症が起きた場合、病院にかかり、そのときに自由診療で起きたことは自由診療で対応することを理解していない人が非常に多い。きちんとした広報が必要」と指摘されている。

この場合の治療費について、公的医療保険の給付対象から除外することを明確化し、事前に美容医療を行う医療機関から負担金を集め、診療費に充てることを検討すべきだと提起した。

医療情報ヘッドライン②

24年度の国民医療費は48.8兆円 4年連続過去最高　地域差は1.44倍

厚生労働省

厚生労働省は 10 月 30 日に、「令和６（2024）年度 国民医療費の概況」を公表した。24 年度の国民医療費は 48 兆 8,100 億円で、前年度から 7,185 億円、1.5%増加。

４年連続で過去最高を更新した。人口一人当たりの国民医療費は過去最高の 39 万 4,300 円で、前年度から 7,600 円、2.0%の増加。一方、対 GDP 比は 7.60%で、前年度から 0.16 ポイント低下した。

制度区分別では後期高齢者医療給付分が 4.3%増加、診療種類別では訪問看護医療費が 18.5%と大きく伸びた。

■入院は増加、入院外は特に一般診療所で減少

国民医療費は、当該年度内の医療機関等における保険診療の対象となり得る傷病の治療に要した費用を推計したもの。医科・歯科の診療費、薬局調剤医療費、入院時食事・生活医療費、訪問看護医療費等が含まれる。

まず制度区分別にみると、公費負担医療給付分は３兆 4,532 億円（構成割合 7.1%）で前年度から 0.2%減少、医療保険等給付分は 21 兆 4,480 億円（同 43.9%）で 0.3%減少した一方、後期高齢者医療給付分は 17 兆 9,432 億円（同 36.8%）で 4.3%増加したほか、患者等負担分は５兆 9,656 億円（同 12.2%）で 0.9%増加した。

次に診療種類別にみると、医科診療医療費は 34 兆 8,941 億円（構成割合 71.5%）で前年度から 1.0%増加。そのうち入院医療費は 18 兆 3,602 億円（同 37.6%）で 2.8%増加、入院外医療費は 16 兆 5,339 億円（同 33.9%）で 0.9%減少した。

入院外の内訳は、病院が前年度から横ばい、一般診療所が 1.6%減少している。

前年度から顕著に増加したのが訪問看護医療費（6,785 億円、同 1.4%）で、18.5%もの増加となった。

年齢階級別では、65 歳以上が 29 兆 3,491 億円で全体の 60.1%を占めており、さらに 75 歳以上に絞ると 20 兆 1,117 億円となり、41.2%にのぼる。

人口一人当たりの国民医療費をみると、65 歳未満は 22 万 2,300 円（前年度から 2.0%増加）、65 歳以上は 80 万 9,800 円（同 1.6%増加）で、65 歳未満の約 3.6 倍だ。

■高知と埼玉は約1.44倍の差 依然として大きな地域格差が存在

医科診療医療費を主傷病による傷病分類別にみると、「循環器系の疾患」が６兆 3,357 億円（構成割合 18.2%）で最も多く、「新生物＜腫瘍＞」が５兆 2,937 億円（同 15.2%）、「筋骨格系及び結合組織の疾患」が２兆 8,739 億円（同 8.2%）などと続き、前年度から順位は変わりない。65 歳未満では「新生物＜腫瘍＞」、65 歳以上では「循環器系の疾患」が最も多くなっている。

最後に都道府県別の人口一人当たり国民医療費では、高知県が 50 万 2,600 円と最も高く、鹿児島県が 47 万 8,300 円、徳島県が 47 万 6,900 円と続く。最も低いのは埼玉県で 34 万 9,300 円、千葉県が 35 万 5,000 円、滋賀県が 36 万円。高知県と埼玉県を比べると約 1.44 倍の差があり、依然として大きな地域格差があることが浮き彫りとなった。

ビズアップ週刊 医療情報
2026年11月13日号
[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
財務省
方針

診療報酬「加減算」の提言見送りへ

財務省は、2027 年度の予算編成に関する財政制度等審議会の提言（秋の建議）に診療報酬の調整に関する提言は盛り込まない方針だ。診療報酬の調整は、改定が実施された 6 月以降の物価や人件費の上昇に円滑に対応するのが狙い。

7 月に決定した骨太方針 2026 で、経済・物価の動向が報酬改定時の見通しから大きく変動して医療機関や薬局の経営に支障が生じた場合、27 年度予算の編成過程で加減算を含めてさらに「調整する」とされた。

政府は、医療機関や薬局の 6−9 月の経営状況を中央社会保険医療協議会で調査し、調整が必要かどうかの判断材料にする方針。ただ、財務省は、経済・物価の動向に改定後の大きな変動はなく「加減算を調整する状況にない」（主計局）と捉えており、提言は見送る方針だ。

財政審は毎年 11 月下旬から 12 月上旬ごろ、翌年度の予算編成に関する提言を取りまとめている。財政審の財政制度分科会は 4 日、次の提言に向けて社会保障を議論した。

増田寛也分科会長代理は分科会後の記者会見で、めりはりが利いた報酬改定を 28 年度に行うため、医療法人の経営情報データベース「MCDB」の活用を求める意見があったことを明らかにした。

医療情報②
政府
決定

サイバー攻撃で緊急対策を決定

～今年度予算予備費など財源を検討・確保し実施

政府は 6 日、サイバーセキュリティーに関する緊急対策パッケージを決定した。

医療分野では、サイバー防衛の支援、現場での専門人材の活用や対策能力の向上、オンライン研修の活用促進などを盛り込んだ。今年度予算の予備費など財源を検討・確保し、実施する。

医療機関でのサイバーインシデントにおける、外部からの攻撃ルートの把握などを行う。

そして、診療機能が停止した際の影響が大きい大規模医療機関をはじめ、各医療機関での対策の現状把握を進める。それらを踏まえ、医療機関に特徴的な侵入経路の類型化やその対処方法などのサイバー防衛について、支援を迅速かつ着実に実施する。

また、医療現場でサイバーセキュリティーに対応できる人材育成を急ぐ。現場の従事者や経営層といった特性に合わせた実践的な研修の企画・運営を通じ、人材育成・指導者育成も実施する。厚生労働省によるサイバーセキュリティーに関するオンライン研修や相談窓口などにつ

いては改めて周知する。人材育成と同時に、専門的知見・技術を補完するため、外部専門人材を活用する。

緊急対策パッケージは、民間企業などへのサイバー攻撃によって情報漏えいが相次ぎ、国民生活や企業活動に大きな影響と不安が出ていることを踏まえたもの。同日、首相官邸で開催された関係閣僚会議で決定した。

国家サイバー統括室によると、10 月は重要インフラ事業者からのサイバー攻撃による情報漏えいなどの事案の報告件数が急増し、被害は９月の 10 倍以上となっている。

これらの事案は、自組織または委託先での基本的な対策が十分ではないことが主な原因で、攻撃者が AI を使用している可能性も高いとしている。

医療情報③
財政審
分科会

介護事業の利益率「高い」報酬適正化を財務省提言

財務省は 4 日、介護事業所の利益率がほかの産業と比べて「高い水準にある」とし、2027 年度の介護報酬改定でサービス提供の実態に応じた報酬の適正化を行うべきだと財政制度等審議会の分科会で提言した。同年度の予算編成に関する提言（秋の建議）に盛り込みたい考えだ。

財務省はまた、これまで介護職員の賃金の伸び率が全産業平均を大きく上回ってきたこともあり、離職率はほかの産業よりも低いと説明。一方で職場の人間関係を原因とした離職の割合が高いことから、「賃金面以外の職場環境の整備も重要」だと指摘している。

厚生労働省の調査結果などを基に財務省がまとめたデータによると、介護事業所の 24 年度の利益率は平均 6.8%で、中小企業のサービス産業平均（3.7%）を 3.1 ポイント上回った。

介護サービス種別の収支差率（平均）が最も高かったのは訪問介護（12.4%）。次いで訪問リハビリ（10.8%）、訪問看護（10.3%）なども高い一方、低いのは介護老人保健施設（0.8%）や介護老人福祉施設（2.0%）などだった。

純資産比率を見ると、24 年度だけ赤字だった介護関連福祉法人は 71.9%、19−24 年度に連続して赤字の法人では 71.1%。また、6 年連続赤字でも預貯金が収益の 2.1 カ月分ある状況で、財務省は「赤字が続いても財務基盤は厚い」とみている。

全産業平均の賃上げ率は、17−25 年度が 8.2%、24−25 年度では 2.6%だったのに対し、介護職員の平均はそれぞれ 14.6%、3.6%と高い。

また、介護職員の 24 年度の離職率は 12.4%と、ほかの産業平均よりも 1.8 ポイント低かったが、主な離職理由の回答割合は「職場の人間関係に問題があった」が「収入が少なかった」を上回っていた。

こうしたデータを基に、財務省は 4 日の財政制度分科会で介護サービスの提供実態に応じた報酬の適正化を主張。また、この取り組みと、介護分野での人材確保や生産性の向上、現役世代の負担抑制との両立を図る必要があるとしている。

週刊医療情報（２０２６年１１月１３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。

経営 TOPICS
統計調査資料
抜 粋

令和7(2025)年 病院報告の概況

厚生労働省　2026年9月29日公表

結 果 の 概 要

1. 患者数

(1)1日平均在院・新入院・退院患者数

令和７(2025)年中における全国の病院の１日平均在院患者数は 1,134,901 人で、前年に比べ 0.2%増加している。このうち、「精神科病院」は 197,689 人で、前年に比べ 1.1%減少し、「一般病院」は 937,212 人で、前年に比べ 0.4%増加している。

一般病院の１日平均在院患者数を病床の種類別にみると、「精神病床」は 57,279 人、「療養病床」は 226,901 人、「一般病床」は 651,941 人となっている。

また、１日平均新入院患者数は 45,126 人、１日平均退院患者数は 45,204 人となっている。療養病床を有する診療所の「療養病床」の１日平均在院患者数は 1,406 人となっている。

■1日平均在院・新入院・退院患者数

各年間

	１日平均在院患者数			１日平均新入院患者数			１日平均退院患者数		
	令和７年(2025)	令和６年(2024)	対前年増減率	令和７年(2025)	令和６年(2024)	対前年増減率	令和７年(2025)	令和６年(2024)	対前年増減率
	人	人	%	人	人	%	人	人	%
病院									
総数	1 134 901	1 133 196	0.2	45 126	44 210	2.1	45 204	44 156	2.4
精神科病院	197 689	199 866	△ 1.1	720	700	2.9	725	709	2.3
一般病院	937 212	933 331	0.4	44 406	43 510	2.1	44 478	43 447	2.4
精神病床	57 279	58 063	△ 1.4	308	302	2.0	317	312	1.6
感染症病床	212	253	△ 16.2	24	31	△ 22.6	19	24	△ 20.8
結核病床	879	949	△ 7.4	16	20	△ 20.0	15	18	△ 16.7
療養病床	226 901	228 973	△ 0.9	1 312	1 291	1.6	1 892	1 869	1.2
一般病床	651 941	645 093	1.1	42 747	41 866	2.1	42 235	41 224	2.5
療養病床を有する診療所									
療養病床	1 406	1 605	△ 12.4	8	10	△ 20.0	12	15	△ 20.0

注：月途中で病院の種類が変更された場合、患者数は月末時の病院の種類別で計上している。

（２）病院の１日平均外来患者数

病院の１日平均外来患者数は 1,193,754 人で、前年に比べ 1.5%減少している。

このうち、「精神科病院」は 56,698 人で、前年に比べ 0.3%増加し、「一般病院」は 1,137,056 人で、前年に比べ 1.6%減少している。

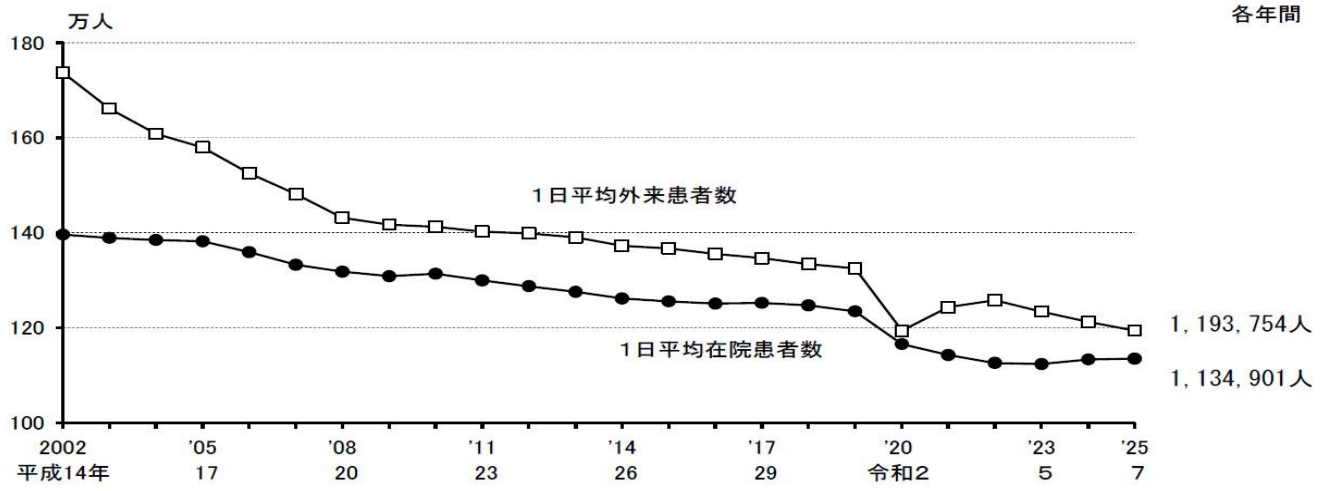
■病院の１日平均外来患者数

各年間

	１日平均外来患者数		対前年増減率
	令和７年（2025）	令和６年（2024）	
	人	人	%
病院			
総数	1 193 754	1 212 243	△ 1.5
精神科病院	56 698	56 546	0.3
一般病院	1 137 056	1 155 697	△ 1.6

注：月途中で病院の種類が変更された場合、患者数は月末時の病院の種類別で計上している。

■病院の１日平均患者数の年次推移



注：1）東日本大震災の影響により、平成 23 年３月分の報告において、病院の合計 11 施設（岩手県気仙医療圏１施設、岩手県宮古医療圏１施設、宮城県石巻医療圏２施設、宮城県気仙沼医療圏２施設、福島県相双医療圏５施設）は、報告のあった患者数のみ集計した。
2）熊本地震の影響により、平成 28 年４月分の報告において、熊本県の病院１施設（阿蘇医療圏）は、報告がなかったため除いて集計した。
3）平成 30 年７月豪雨の影響により、平成 30 年７月分、８月分の報告において、広島県の病院１施設（尾三医療圏）は、報告がなかったため、除いて集計した。
4）令和２年７月豪雨の影響により、令和２年６月分、７月分の報告において、熊本県の病院１施設（球磨医療圏）は、報告のあった患者数のみ集計した。

2. 病床利用率

病院の病床利用率は 77.9%で、前年に比べ 0.9 ポイント上昇している。

病床の種類別にみると、「精神病床」は 81.4%となっており、「療養病床」は 85.4%で前年に比べ 0.4 ポイント上昇している。

「一般病床」は 74.7%で前年に比べ 1.4 ポイント上昇している。

また、療養病床を有する診療所の「療養病床」の病床利用率は 40.7%となっている。

■病床の種類別にみた病床利用率

各年間

	病床利用率		対前年増減
	令和７年（2025）	令和６年（2024）	
	%	%	
病院			
全病床	77.9	77.0	0.9
精神病床	81.4	81.4	△ 0.0
感染症病床	10.9	13.1	△ 2.2
結核病床	25.8	26.6	△ 0.8
療養病床	85.4	85.0	0.4
一般病床	74.7	73.3	1.4
療養病床を有する診療所			
療養病床	40.7	40.0	0.7

注：在院患者数は許可（指定）病床数にかかわらず、毎日 24 時現在に在院している患者数をいう。このため、感染症病床の在院患者数には、緊急的な対応として一般病床等に在院する者を含むことから病床利用率は 100%を上回ることがある。

3. 平均在院日数

病院の平均在院日数は 25.1 日で、前年に比べ 0.5 日短くなっている。

病床の種類別にみると、「精神病床」は 246.3 日で前年に比べ 8.7 日短くなっている。「療養病床」は 114.7 日で前年に比べ 2.7 日短くなっている。「一般病床」は 15.3 日で前年に比べ 0.2 日短くなっている。

また、療養病床を有する診療所の「療養病床」は 102.0 日となっている。

■病床の種類別にみた平均在院日数

（単位：日）

各年間

	平均在院日数		対前年増減
	令和７年（2025）	令和６年（2024）	
病院			
全病床	25.1	25.6	△ 0.5
精神病床	246.3	255.0	△ 8.7
感染症病床	9.9	9.2	0.7
結核病床	55.9	49.4	6.5
療養病床	114.7	117.4	△ 2.7
一般病床	15.3	15.5	△ 0.2
療養病床を有する診療所			
療養病床	102.0	96.2	5.8

令和７（２０２５）年　病院報告の概況の全文は
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

医業経営

診療情報連携を活かす

診療所の新加算実務ガイド

1. 電子的診療情報連携の制度と背景
2. 施設基準・算定ルールと届出実務
3. 診療所への収支影響と導入の判断
4. 患者対応・安全管理・地域連携の実務



■参考資料

【厚生労働省】：「令和８年度診療報酬改定について」　「令和８年度診療報酬改定の概要 全体概要版」「医科診療報酬点数表」「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」　他

1 医業経営情報レポート
電子的診療情報連携の制度と背景

■ 旧加算の再編と診療所の対応

令和８年６月、医療 DX 推進体制整備加算と医療情報取得加算が廃止され、電子的診療情報連携体制整備加算が新設されました。これにより診療所は、情報を診療に活用できる体制を確認し、施設基準に合う区分を届け出ることになります。そこで本号では、医科診療所の初診料・再診料に係る加算を対象に、制度、施設基準と請求、収支、院内運用の順に解説します。

なお、入院医療や歯科・調剤への加算は解説の対象に含めていません。

■図１：旧加算の再編と新しい評価

令和８年度診療報酬改定　Ⅲ－３　医療DXやICT連携を活用する医療機関・薬局の体制の評価－①

電子的診療情報連携体制整備加算の新設①

電子的診療情報連携体制整備加算の新設①



➢ 医療DX関連施策の進捗状況を踏まえ、普及した関連サービスの活用を基本としつつ、更なる関連サービスの活用による質の高い医療の提供を評価する観点から、医療情報取得加算及び医療DX推進体制整備加算の評価を見直す。

現行

【医療DX推進体制整備加算】

初診時（月に１回）	（医科）	（歯科）	（調剤）
・医療DX推進体制整備加算１	12点	11点	10点
・医療DX推進体制整備加算２	11点	10点	８点
・医療DX推進体制整備加算３	10点	８点	６点
・医療DX推進体制整備加算４	10点	９点	
・医療DX推進体制整備加算５	９点	８点	
・医療DX推進体制整備加算６	８点	６点	

※　医科・歯科は初診料、調剤は調剤基本料

【医療情報取得加算】

初診時
・医療情報取得加算　１点
再診時（３月に１回に限り算定）
・医療情報取得加算　１点
調剤時（12月に１回に限り算定）
・医療情報取得加算　１点



改定後

【電子的診療情報連携体制整備加算】
初診時（月に１回）
・電子的診療情報連携体制整備加算１／２／３　15点／９点／４点
再診時（月に１回）
・電子的診療情報連携体制整備加算　２点

【電子的歯科診療情報連携体制整備加算】
初診時（月に１回）
・電子的歯科診療情報連携体制整備加算１／２　９点／４点
再診時は医科と同様

【電子的調剤情報連携体制整備加算】
調剤基本料（月に１回）
・電子的調剤情報連携体制整備加算　８点

厚生労働省：「令和８年度診療報酬改定の概要 全体概要版」

旧加算の届出は引き継がれず、新たな届出が必要です。その際、設備の導入予定だけで判断せず、使用できる機能と運用開始状況を確認する必要があります。なお、新加算の取得に伴う請求上の制限については第２章、収支の比較は第３章で解説します。

情報連携の目的は、他院の処方や検査等を確認し、診療判断に使える状態を整えることにあります。取得を検討する際には、複数の医療機関を受診する患者の状況や、照会に要する時間も把握し、自院で優先する機能を明確にしておくとよいでしょう。

2 医業経営情報レポート 施設基準・算定ルールと届出実務

■ 共通基準と追加要件の確認

まず全区分に必要な共通基準を確認します。診療所では、端末やソフトの有無だけでなく、患者への明細書交付、相談対応、情報の活用、掲示まで点検する必要があります。

■共通基準を確認する7項目

項目	診療所で確認する内容
オンライン請求	電子情報処理組織による診療報酬請求を行う
明細書	診療報酬の項目・点数等を記載した詳細な明細書を無償で交付する
資格確認	オンライン資格確認を行う体制と運用開始日の登録を確認する
情報活用	取得した診療情報等を診察室等で活用して診療する
利用率	適用できるレセプト件数ベース利用率が 30%以上である
健康相談	マイナポータルの医療情報等に基づく健康管理の相談に応じる
院内とウェブの掲示	情報活用、医療 DX の取組み、明細書の無料交付を掲示する

掲示は院内とウェブの両方が原則です。自ら管理するホームページ等がない場合はウェブ掲載の例外がありますが、院内掲示は省くことができません。受付や待合室で患者の目に入る位置にあるかを確かめたうえで、ホームページの記載内容と照合します。

健康管理の相談は、担当者と医師への引継ぎ方をあらかじめ院内で決めておきます。利用率と相談体制は、基準を満たしていれば地方厚生局へ個別に届け出る必要はありませんが、根拠を院内で示すことができるようにします。

マイナ保険証利用率の算定方法については、レポート全文をご確認ください。

■追加要件A・B・Cの判定

要件	満たす体制
A 電子処方箋等	電子処方箋を発行する、又は院内調剤した薬剤情報を登録する体制
B 所定の電子カルテ	安全管理ガイドライン準拠と、電子処方箋・情報共有の接続要件を全て満たすもの、又は厚労省認証製品
C 診療情報の共有	国等の電子カルテ情報共有サービスを活用する、又は所定の地域連携ネットワークと自院の届出・掲示要件を満たす体制

Bの情報共有サービスとの接続要件には、当面の間、基準を満たすとみなす取扱いがありますが、全国で運用が始まった場合に備えて速やかに導入すべきでしょう。

また、所定の地域連携を満たす場合にも接続要件のみなしが示されています。認証製品については、5月22日の疑義解釈とその後の公表内容を確認する必要があります。

追加要件Aの電子処方箋は、令和5年1月 26 日から稼働した基本機能への対応で判断します。発行・応需、処方・調剤情報の登録と閲覧、重複投与・併用禁忌のチェックが含まれます。

拡張機能に未対応でも、現時点では基本機能に対応した発行体制があれば足ります。

3 医業経営情報レポート
診療所への収支影響と導入の判断

■ 患者数と来院回数を分けた集計

収支予測を計算する際は、本加算を算定できる患者数と、明細書発行体制等加算を算定していた延べ回数を分けて集計します。本加算は患者ごとに月 1 回であり、同じ人数でも月内の来院回数が多い診療所ほど、明細書加算の減収が大きくなります。

■同じ月の請求データから抽出する3つの数値

数値	集計する内容
初診対象人数	初診時の本加算を算定できる患者を月ごとに重複なく数える
再診対象人数	再診時の本加算を算定できる患者。同月の初診時算定者と重複させない
明細書加算の延べ回数	新加算を届け出なければ算定できる明細書発行体制等加算の回数

まずは直近 3 か月程度のデータを月別に抽出し、対象人数と回数の定義を統一します。その際、初診時の本加算を算定する患者が同じ月に再診した分も、比較対象の明細書加算回数に含めます。また、平均値だけにまとめず、繁忙月と通常月の差も残しておくようにします。

例えば、同じ患者が同月に 3 回再診を受けた場合、本加算は患者ごとに月 1 回のため再診対象人数は 1 人ですが、明細書加算は受診ごとに算定するため、未届出なら算定できた延べ回数は 3 回となります。なお、初診など明細書加算を算定できない受診は回数に含めません。

■ 新規取得による月額収支の計算

新規取得の試算は、新加算を届け出ておらず、明細書発行体制等加算を算定している診療所を想定しています。新加算の収入から、届出により失う明細書加算の収入と、追加の月額費用を差し引いて算出します。

■新規取得による月額収支の変化

計算する要素	月額の算式
新加算の収入	初診点数×初診対象人数×10 円　＋2点×再診対象人数×10 円
明細書加算の減収	従来の算定回数×10 円
追加費用	追加保守料、サービス利用料等
月額差	新加算収入ー明細書加算の減収ー追加費用

旧制度で算定していた期間と比較する場合は、医療 DX 推進体制整備加算等の廃止影響も別に計算します。新規届出による差と制度改定全体の差を混在させると、導入効果を過大又は過小に見積もることになりかねません。

また、初期費用は月額差と分け、初年度の資金支出として扱うようにします。試算に用いた前提は記録し、算定開始後の実績と比較できるようにしておきます。

4 医業経営情報レポート 患者対応・安全管理・地域連携の実務

■ 受付・診察・会計の役割分担

以下の役割分担は院内運用の例であり、電子的診療情報連携体制整備加算の算定要件ではありません。ただし、受付は資格確認と閲覧同意の案内、医師は必要な情報の確認と診療への活用、会計は患者単位の月内履歴と請求設定の確認を担うなどして、加算の運用をサポートする体制を確立しておく必要があります。

■図7：受付から診察、会計までの担当



本レポート作成（院内の役割分担例）

患者には、例えば「他の医療機関のお薬などの情報を確認し、診療に役立てるための体制を整えています」と説明します。利用率の目標を理由に同意を急がせず、操作が難しい患者には職員が案内し、閲覧できない場合の確認方法も手順書に記載しておきます。

電子処方箋は、院外処方なら原則として電子処方箋または引換番号付き紙処方箋を発行し、処方情報を登録します。院内処方なら調剤した薬剤情報を登録します。処方を行う全医師が発行できることが原則ですが、当面の間は、常勤医師２名以上（常勤医師が１名のみの場合は１名以上）が発行できればよいとされています。なお、発行できない医師は引換番号付き紙処方箋を用いることになります。

■ 安全管理と障害時対応の整備

院長と担当者は、閲覧権限、委託先の保守範囲、バックアップ、障害時の連絡先と代替手順を事前に確認します。職員ごとに権限を設定し、退職・異動時はアカウントを更新します。

契約書には、機能、追加料金、データ移行・返却、障害対応の範囲を明記します。代替手順には、診療に必要な情報の確認、紙での記録、復旧後の入力や登録、請求確認の担当を定めます。障害中の算定可否は、障害の内容と適用通知に照らして確認します。

復旧時は、実際の診療端末で閲覧・登録ができることを確かめてから通常運用へ戻し、停止中の記録と登録済みデータを照合して未入力や二重登録がないかを確認します。照合の結果と確認者を記録し、次回の障害対応に備えて代替手順を見直します。

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。

経営データベース

Question

Answer

ジャンル：労務管理 ＞ サブジャンル：労務トラブル防止策

適正な労働時間の管理

労働時間を適正に管理するには、どうすればよいのでしょうか？

医療機関の使用者には、職員の労働時間を適正に把握する義務があります。

労働時間とは使用者の指揮命令下に置かれている時間であり、使用者の明示または黙示の指示により職員が業務に従事する時間は労働時間に当たります。

使用者が直接職員の出退勤を現認して記録するのは難しく、基本的にはタイムカード、IC カード、パソコンの使用時間の記録等の客観的な記録方法が現実的な手段となります。

また、タイムカード等の記録以外に、使用者の残業命令書及びこれに対する報告書など、使用者が職員の労働時間を算出するために有している記録があれば、タイムカードと突き合わせることにより労働時間を確認し記録します。

労働時間の管理上、この突合による残業時間の管理が非常に重要です。やむを得ず自己申告制により労働時間を把握する場合には、注意が必要です。

自己申告制の労働時間の記録は、労使紛争の際の証拠としてはタイムカード等の記録より弱いため、できるだけタイムカード等の客観的な記録で管理することが望ましいと考えられます。

◆労働時間の把握方法（原則的な方法）

- ●使用者が、自ら現認することにより確認すること
- ●タイムカード、IC カード、パソコンの使用時間の記録等の客観的な記録を基礎として確認し、適正に記録すること

◆自己申告制により始業・終業時刻の確認及び記録を行う場合の措置（一例）

- ●自己申告制の対象となる職員に対して、労働時間の実態を正しく記録し、適正に自己申告を行うことなどについて十分な説明を行うこと
- ●自己申告により把握した労働時間が実際の労働時間と合致しているか否かについて、必要に応じて実態調査を実施し、所要の労働時間の補正をすること
- ●自己申告した労働時間を超えて事業場内にいる時間について、その理由等を職員に報告させる場合には、当該報告が適正に行われているかについて確認すること

（出典）厚生労働省「労働時間の適正な把握のために使用者が講ずべき措置に関するガイドライン」一部抜粋

経営データベース

Question

Answer

ジャンル：労務管理 ＞ サブジャンル：労務トラブル防止策

自主的に残業する職員の対応

自主的に残業する職員には、どのように対応するのがよいのでしょうか？

自主的に残業する職員にどのように対応すればよいのか、考えさせられる医療機関は多いと思われます。こうした残業対策については、残業の事前申請制度の導入が有効となります。

管理者の知らないところで職員が残業し、把握していない時間外労働が発生し、割増賃金を請求されるというケースも考えられます。

こうした把握できない残業を回避することに加え、必要のない残業を未然に防止するために、時間外労働や休日出勤を行う際に事前申請を取り入れる方法があります。

これにより、人件費の抑制や、職員一人ひとりの労働時間をある程度把握できるといった効果が期待されます。残業の事前申請制度を導入するには、就業規則にその旨を記載する必要があります。職員があらかじめ時間外労働や休日出勤が必要と判断したときは、その内容・理由や必要な時間数を事前申請書に記載して、所属長の許可を得るようにします。

また、許可のない自己の判断による時間外労働・休日労働については原則認めないものとして、残業管理を徹底します。この制度を導入する際に注意が必要なのは、事前に許可を得ていない残業時間についても医療機関がその事実を知りつつ注意しないで放置した場合、黙示の指示があったとみなされる可能性があることです。職場の管理者には、職員の業務の状況や労働時間を適切に把握するよう指導していくことが労務管理上必要だといえます。

◆就業規則の規定例

（時間外および休日労働等）

第〇条　業務の都合により、所定労働時間を超え、または休日に労働させることがある。

2. 業務の都合により、深夜（午後10時から午前5時まで）に労働させることがある。
3. 法定労働時間を超える労働、または法定休日における労働については、あらかじめ院長は職員の過半数代表者と書面による労使協定を締結するとともに、これを所轄の労働基準監督署長に届け出るものとする。
4. 職員は、業務を所定労働時間内に終了することを原則とするが、業務の進捗によりやむを得ず時間外労働・休日出勤の必要があると自ら判断した場合は、事前に院長に申請し許可を得なければならない。ただし、やむを得ない事由により事前に申請できない場合は、事後速やかに報告し、院長の承認を得なければならない。
5. 職員が院長の許可なく時間外労働・休日労働をしても、労働の事実の確認（黙示も含む）をすることができない場合は、当該勤務に該当する部分の通常賃金および割増賃金は原則として支払わない。