

◆ 医療DXに関する診療報酬の見直し、
電子処方箋の導入有無で加算点数に差

◆ 『新たな地域医療構想に関する
といまとめ』を公表

Vol. 158 2025

3-4月号

ボラ

Volante

医療経営の舵取りを支援する医療経営情報誌。
医療専門コンサルタントが最新の業界動向をお届けします。

<新連載:第1回>

～ 2040年問題と政府医療DX・データヘルス改革の動向～
「デジタルヘルスに関する施策動向、市場動向」

医療DXに関する診療報酬の見直し、 電子処方箋の導入有無で加算点数に差

医療機関における電子処方箋の導入状況を踏まえ、2025年 4月以降における「医療DX推進体制整備加算」が見直されました。

具体的には「電子処方箋が未導入の医療機関であっても算定できる区分の新設」および「マイナ保険証利用率が各加算区分で5～15%の引上げ」が行われます。

本稿ではその見直しの概要について紹介します。

👉 2024年改定で新設された医療DX 推進体制整備加算とは

「医療DX推進体制整備加算」は、質の高い医療を提供するため医療DXに対応する体制を確保している場合の評価として、2024年度診療報酬改定で新設されました。

施設基準には、マイナ保険証の利用実績のほか、電子処方箋の発行や電子カルテ情報共有サービスの活用などの体制整備が求められています。ただし、いずれもシステムの開発や普及状況などを踏まえ、当時は経過措置が設けられていました。例えば、マイナ保険証の利用実績については、2024年10月からの適用となっていました。そこで、同加算は10月からマイナ保険証利用率に応じて、加算1～3の3つの区分に見直されました。

今回、施設基準のひとつである電子処方箋の発行体制の整備における経過措置が2025年3月末となっていること等を踏まえ、2025年1月29日の中央社会保険医療協議会(中医協)総会では、この経過措置の4月以降の取り扱いについて議論されました。

👉 電子処方箋が未導入の医療機関でも算定可能に

医療DXの推進に関する工程表では「電子処方箋については、概ね全国の医療機関・薬局に対し、2025年3月までに普及させる」としています。

仮に足下の導入実績が継続しても、薬局については年度内に約8割弱の薬局への導入が見込まれるものの、医療機関については、導入率は約1割弱に留まることが見込まれています(2025年1月12日現在では病院:3.9%、医科診療所:9.9%、薬局63.2%)(図表1)。

このまま経過措置を迎えてしまうと、ほぼ9割の医療機関で同加算が算定できなくなってしまう。

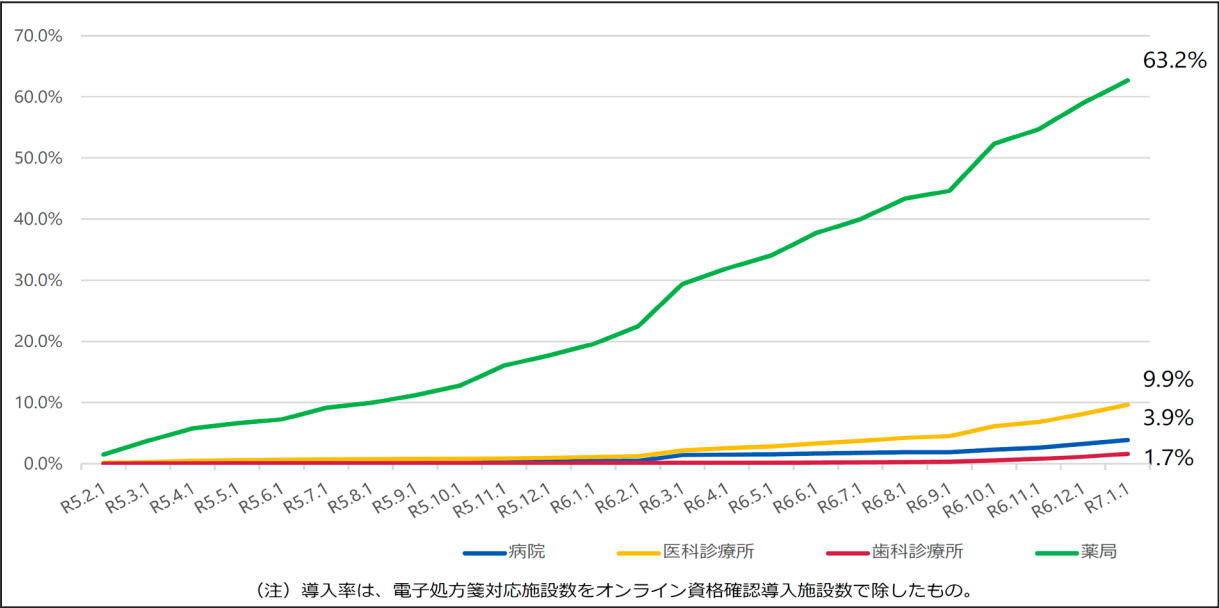
この状況を踏まえ、2025年4月以降における医療DX推進体制整備加算(在宅医療DX情報活用加算を含む)の見直しが行われます(図表2、3)。

主な見直し内容は、2点あります。

1点目は、電子処方箋が未導入の医療機関であっても算定できる加算4-6の区分が新設されました。

2点目は、マイナ保険証利用率が各加算区分で5～15%の引上げとなりました。

図表 1 電子処方箋の普及状況



出典：中央社会保険医療協議会(第603回 2025年1月29日)「総－6－2 補足資料」資料

図表 2 医療DX推進体制整備加算の見直し概要

適用時期			適用時期		
2024年10月～2025年3月			2025年4月～		
電子処方箋			電子処方箋		
2025年3月末までの経過措置			導入済み *1		
区分	医科	調剤	区分	医科	調剤
加算 1	11 点	7 点	加算 1	12 点	10 点
加算 2	10 点	6 点	加算 2	11 点	8 点
加算 3	8 点	4 点	加算 3	10 点	6 点
			電子処方箋	未導入	
			加算 4	10 点	なし
			加算 5	9 点	
			加算 6	8 点	

マイナ保険証利用率			
適用時期	2024年10月-12月	2025年1月-3月	2025年4月-9月
利用率実績	2024年7月～	2024年10月～	2025年1月～*3
加算 1・4	15%	30%	45%
加算 2・5	10%	20%	30%
加算 3・6	5%	10%	15%*2

* 1：電子処方箋管理サービスに処方情報を登録できる体制(原則として院外処方を行う場合には電子処方箋又は引換番号が印字された紙の処方箋を発行すること)を有していること。
* 2：小児科外来診療料を算定している医療機関であって、ある一定の場合には「15」とあるのは「12」とする。
* 3：適用時期の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率を用いる。
* 4：2025年10月以降のマイナ保険証利用率の実績要件は、附帯意見を踏まえ、2025年7月を目途に検討、設定。

出典：中央社会保険医療協議会(第603回 2025年1月29日)「総－8－3 答申について(医療DX推進体制整備加算及び在宅医療DX情報活用加算の見直し)」資料

図表 3 在宅医療DX情報活用加算の見直し概要

適用時期	2024年6月～2025年3月	適用時期	2025年4月～
電子処方箋	2025年3月末までの経過措置	電子処方箋	導入済み*1
区分	医科	区分	医科
加算1	10点	加算1	11点
		電子処方箋	未導入
		区分	医科
		加算5	9点

*1: 電子処方箋管理サービスに処方情報を登録できる体制(原則として院外処方を行う場合には電子処方箋又は引換番号が印字された紙の処方箋を発行すること)を有していること。

出典: 中央社会保険医療協議会(第603回 2025年1月29日)「総－8－3 答申について(医療DX推進体制整備加算及び在宅医療DX情報活用加算の見直し)」資料

例えば、電子処方箋の未導入施設で最も高い点数である加算4(10点)を算定するためには、マイナ保険証利用率45%以上が求められます。なお、既に同加算の施設基準を届け出ている医療機関においては、2025年4月以降に電子処方箋未導入の加算4-6を算定する場合には、届出直しは不要となる見込みです。

👉 **電子処方箋の新たな目標は、2025年夏を目処に見直し**

なお、薬局への電子処方箋の導入は、2025年夏ごろまでには概ね全ての薬局での導入が見込まれます。これにより、複数医療機関を受診する患者の薬の相互作用のリスク回避や有事の際における直近の薬剤情報の利用が可能になることが想定されています(図表4)。

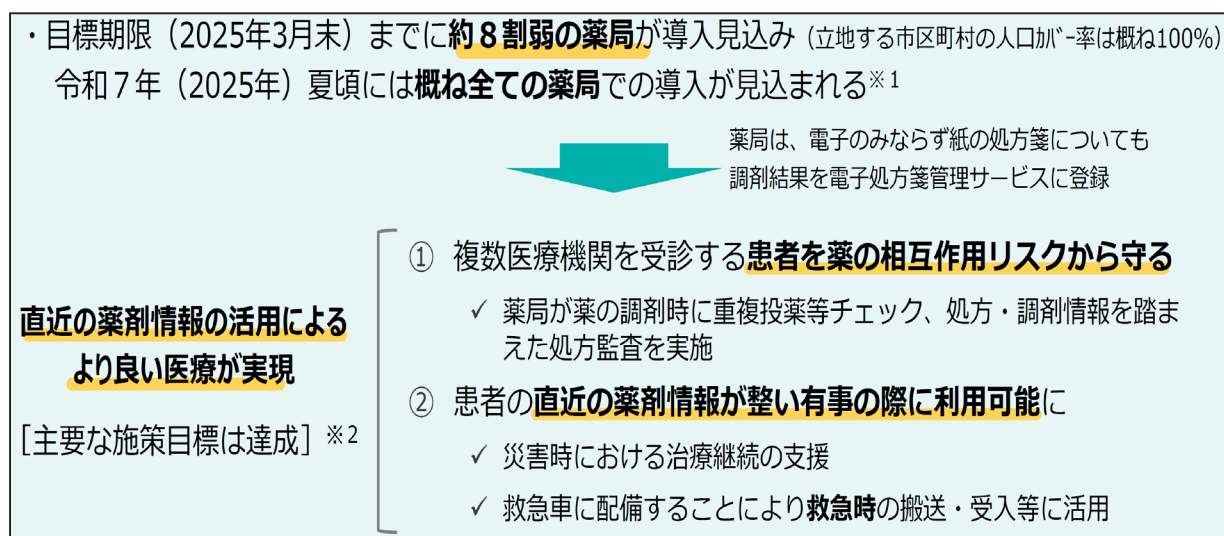
残された課題としては、約1割弱に留まる見込みである医療機関への普及です。

医療現場が電子処方箋の導入を躊躇う要因として、「導入する際の費用負担が重い」「患者からの要請がなくニーズを感じない」「電子カルテを導入していない」などが挙げられています。これらに対して国は、「導入補助金の継続」「国民向け周知広報の実施

(若年世代へのデジタル広告や薬局における広告等)」「標準型電子カルテを含めたクラウド型電子カルテの普及推進」などの対策を2025年より講じて、病院や診療所への電子処方箋の普及促進を目指しています(図表5)。

これらの取組みを踏まえ、電子処方箋の新たな目標については、概ね全ての薬局での導入が見込まれる2025年夏を目処に、見直しが行われることが予定されています。

図表4 薬局への電子処方箋普及による期待される効果

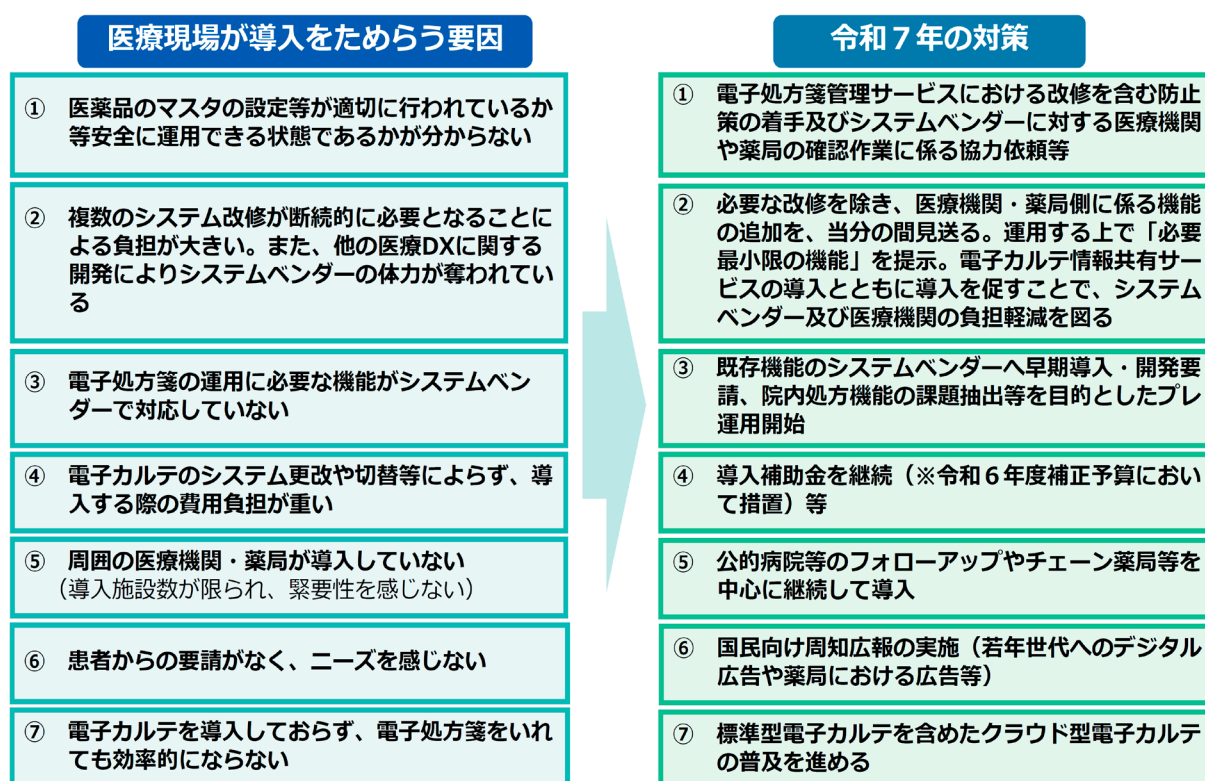


※1 足下の導入実績が継続した場合の試算

※2 従来はレセプト情報に基づく1か月強遅れの情報

出典：中央社会保険医療協議会(第603回 2025年1月29日)「総－6－2 補足資料」資料

図表5 医療現場・ベンダから挙げられる主な導入阻害要因と令和7年の対策



出典：中央社会保険医療協議会(第603回 2025年1月29日)「総－6－2 補足資料」資料

『新たな地域医療構想に関するとりまとめ』を公表

厚生労働省の「新たな地域医療構想等に関する検討会」は、2024年12月18日に『新たな地域医療構想に関するとりまとめ』と『医師偏在対策に関するとりまとめ』を公表しました。

ここでは、新たな地域医療構想に関するとりまとめの概要についてご紹介します。

👉 これまでの地域医療構想の評価と課題

現行の地域医療構想は、団塊の世代が75歳以上となる2025年に向けて、高齢化により増大する医療需要に対応するため、主に入院医療を対象として病床の機能分化・連携を推進するものでした。

この地域医療構想の評価と課題としては以下の3点があげられています。

- ① 病床機能報告上の病床数は、2025年の必要病床数と同程度の水準となっており、機能別病床数についても全体としては地域医療構想の進捗が認められる。
- ② 入院から在宅医療に移行する約30万床についても、介護医療院の創設等の取組により概ね達成している。
- ③ 一方で、以下の課題が指摘されている。
 - ・ 病床数の議論が中心となり、将来のあるべき医療提供体制の実現に向けた議論されにくい。外来医療、在宅医療等の地域の医療提供体制全体の議論がされていない。
 - ・ 病床機能報告制度において、高度急性期と急性期、急性期と回復期の違いがわかりづらい。
 - ・ 機能別の必要病床数は患者単位の数から設定され、病棟単位で報告される実際の病床数との間で差異が生じている。

・ 必要病床数と基準病床数の関係がわかりづらい。

👉 医療提供体制の現状と目指すべき方向性

新たな地域医療構想においては、85歳以上の高齢者の増加や人口減少がさらに進む2040年とその先を見据え、全ての地域・世代の患者が、適切に医療・介護を受けながら生活し、必要に応じて入院し、日常生活に戻ることができ、同時に、医療従事者も持続可能な働き方を確保できる医療提供体制を構築するとしています(図表1)。

このため、以下の4点を中心として限りある医療資源を最適化・効率化しながら、「治す医療」を担う医療機関と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、地域完結型の医療・介護提供体制を構築していくこととなります。

① 増加する高齢者救急への対応

高齢者救急の受入体制を強化するとともに、ADLの低下を防止するため、入院早期から必要なりハビリテーションを適切に提供し、早期に自宅等の生活の場に戻ることができる支援体制を確保する。

② 増加する在宅医療の需要への対応

在宅医療について、地域の実情に応じて、医療機関や訪問看護ステーション等の連携により、地域での24時間提供体制を構築す

図表 1 新たな地域医療構想に関するとりまとめ概要

新たな地域医療構想	
(1) 基本的な考え方 2040年に向け、外来・在宅、介護との連携、人材確保等も含めたあるべき医療提供体制の実現に資するよう策定・推進 (将来のビジョン等、病床だけでなく医療機関機能に着目した機能分化・連携等) - 新たな構想は27年度から順次開始 (25年度に国でガイドライン作成、26年度に都道府県で体制全体の方向性や必要病床数の推計等、28年度までに医療機関機能に着目した協議等) - 新たな構想を医療計画の上位概念に位置付け、医療計画は新たな構想に即して具体的な取組を進める (2) 病床機能・医療機関機能 ① 病床機能 - これまでの「回復期機能」について、その内容に「高齢者等の急性期患者への医療提供機能」を追加し、「包括期機能」として位置づけ ② 医療機関機能報告 (医療機関から都道府県への報告) - 構想区域ごと(高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能、専門等機能)、広域な観点(医育及び広域診療機能)で確保すべき機能や今後の方向性等を報告 ③ 構想区域・協議の場 - 必要に応じて広域な観点での区域や在宅医療等のより狭い区域で協議 (議題に応じ関係者が参画し効率的・実効的に協議)	(3) 地域医療介護総合確保基金 - 医療機関機能に着目した取組の支援を追加 (4) 都道府県知事の権限 ① 医療機関機能の確保 (実態に合わない報告見直しの求め) ② 基準病床数と必要病床数の整合性の確保等 - 必要病床数を超えた増床等の場合は調整会議で認められた場合に許可 - 既存病床数が基準病床数を上回る場合等には、地域の実情に応じて、必要な医療機関に調整会議の出席を求める (5) 国・都道府県・市町村の役割 ① 国(厚生大臣)の責務・支援を明確化 (目指す方向性・データ等提供) ② 都道府県の取組の見える化、調整会議で調った事項の実施に努める ③ 市町村の調整会議への参画、地域医療介護総合確保基金の活用 (6) 新たな地域医療構想における精神医療の位置付け - 精神医療を新たな地域医療構想に位置付けることとする

出典：厚生労働省の「新たな地域医療構想等に関する検討会」資料

るとともに、オンライン診療の積極的な活用、介護との連携等を通じて、効率的かつ効果的に提供体制を強化する。

③ 医療の質や医療従事者の確保

地域ごとに医療需要の変化等に対応できる医療従事者を確保することが重要。

また、一定の症例や医師を集約して、医師の修練や医療従事者の働き方改革を推進しながら、急性期医療や救急医療を提供する体制が求められる。

④ 地域における必要な医療提供の維持

人口減少により医療従事者の不足が顕著となっていく中で、医療DX、タスクシフト・シェア等の推進により、生産性の向上を図り、地域で不可欠な医療機能を維持する。

新たな地域医療構想においては、図表 1 にも記載されているとおり、

○ 入院医療だけではなく、外来・在宅医療、介護との連携、人材確保等を含めた地域の医療提供体制全体の課題解決を図る新たな地域医療構想の策定

○ 病床の機能区分(高度急性期、急性期、回復期、慢性期)について「回復期機能」を「包括期機能」として位置付け

○ 医療機関機能(高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能、専門等機能、医育及び広域診療機能)の報告制度の創設等が盛り込まれています。

この検討会では、合わせて医師偏在対策に関するとりまとめも公表されています。これら2つの取りまとめ内容が、今後、具体的施策に落としこまれていくこととなりますので、今後も注意深く見ていく必要があります。

平均在院日数 患者の平均的な入院日数

弊社で執筆いたしました「医療費の仕組みと基本がよ～くわかる本」(第5版)
(2024年度診療報酬改定に対応した最新版)を、4月に秀和システムから発行しました。
全国の書店などで好評発売中です。ここでは、その内容の一部を抜粋してお届けいたします。

一般病棟入院基本料などには施設基準の1つとして「平均在院日数」が設定されています。一般病棟の急性期一般入院料1を届け出る場合、平均在院日数が「16日以内」であることが必要です。

👉 病棟によって、平均在院日数に上限

施設基準の1つに「平均在院日数」と呼ばれる基準があります。平均在院日数は、入院した患者の平均的な入院日数を表します。算定する入院料によって、平均在院日数に上限が定められており、その上限を超える医療機関では、ある特定の病棟を届け出できない(入院料を算定できない)決まりです。

👉 医療機関は、施設基準を地方厚生局に届け出る

「一般病棟」には、施設基準の1つとして平均在院日数に上限が定められています。

一般病棟は、主に急性期的な患者が入院する病棟で、看護職員の人数や重症度、医療・看護必要度などに応じて「急性期一般入院基本料」には1～6が、「地域一般入院基本料」には1～3の種類があることを説明しました。例えば、急性期一般入院料1を届け出ている病棟の場合、平均在院日

数は「16日以内」であることが求められます。同様に、急性期一般入院料2～6の場合は「21日以内」、地域一般入院料1・2の場合は「24日以内」、地域一般入院料3の場合は「60日以内」という基準です。

上記の基準を満たしていない医療機関では、各入院基本料を届け出ることができません。また、仮に急性期一般入院料1を届け出た医療機関が、途中から平均在院日数が16日を超えてしまった場合*、急性期一般入院料1の届出を取り下げなくてはなりません。届出の取り下げによって、医療機関から患者に請求する入院料が変わることになります。その結果、医療機関は、収入が減少し、経営的に大きな影響を受ける可能性もあります。

👉 平均在院日数は3カ月間の患者数で計算

平均在院日数の計算方法は、3か月間の「在院患者延日数」を「(新入棟患者数と新退棟患者数)の平均」で割ったものです。

*…場合：平均在院日数の要件については、3か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動であれば、届出の変更は不要。

在院患者延日数とは、毎日24時現在に病棟に入院中の患者の合計入院日数のことです。例えば、4月～6月（91日間）に毎日40人の患者が入院している病棟では、在院患者延日数が40人×91日＝3,640日となります。

新入棟患者数ならびに新退棟患者数というのは、病棟に新たに入院した患者、あるいは退院した患者の人数です。

平均在院日数の計算では、3か月間の平均値を用います。

例えば、上記の病棟の4月～6月の3か月間の新入棟患者数が220人、新退棟患者数が210人であった場合、その平均は215人です。この病棟の平均在院日数を計算すると、3,640日÷215人＝16.9日＝17日（小数点以下は切り上げ）となります。

平均在院日数の計算式と一般病棟の基準

$$\text{平均在院日数} = \frac{\text{在院患者延日数}}{(\text{新入棟患者数} + \text{退棟患者数}) / 2}$$

一般病棟の種別	平均在院日数の基準
急性期一般入院料1	16日以内
急性期一般入院料2～6	21日以内
地域一般入院料1～2	24日以内
地域一般入院料3	60日以内



「医療費の仕組みと基本がよ〜くわかる本」

は、社会保障費の中心的な要素である医療費にスポットをあてて、図表を使ってわかりやすく医療費・診療報酬を解説した入門書です。

患者になったときの診療代はどのようになっているのか、患者さんに対し医療機関窓口で職員としてどのように対応するのかがわかります！

2024年度診療報酬改定に対応した最新【第5版】を秀和システムから発行しました。

好評発売中

～ 2040年問題と政府医療DX ・データヘルス改革の動向～

<連載:第1回>

「デジタルヘルスに関する施策動向、市場動向」

わが国の喫緊の課題である「超少子高齢・人口減社会」いわゆる2040年問題へ対応するためには、デジタル技術の活用が不可欠である。今回は政府の医療DXなど、デジタルヘルスに関する施策動向、市場動向を解説する。

2040年問題＝

超少子高齢・人口減社会の問題

我が故郷の北海道釧路市は、知名度や観光資源、食の豊富さなどから、市区町村魅力度ランキング34位の自治体であるが、人口減少が止まらない。ピーク時は22万人いた人口が、2040年には半分以上の10万人強になってしまう。釧路市と東京の世田谷区を比較すると、面積が釧路市の1/100しかない世田谷区の人口は3.5倍、診療所が11倍、医師数は5倍多い。この格差を埋めるには、地域独自の予防事業や生活支援サービス、デジタルヘルスの活用が不可欠である。これは釧路市だけではなく、多くの地方自治体が抱える課題である。

財務省が示した年齢区分別の人口見通しによると、2025年から2040年にかけて65歳以上の人口は303万人増であるが、20歳～64歳の人口は1,092万人も急減する。また医療・介護における就業者数全体に占める割合は、2025年の14.7%から2040年には18.8%に高める必要がある。医療・介護業界がデジタル技術を活用して、働きやすく生産性の高い職場環境を整備しなければ、若年者に選ばれず、他産業との人材の奪い合いで負けてしまう。

医療DXの施策動向

2022年5月に自民党は「医療DX令和ビジョン2030」を公表し、2030年までに電

子カルテ普及率100%などを提言した。これを受け、政府は同年10月に総理大臣を本部長とする「医療DX推進本部」を設置した。

その後、同本部は2023年6月に「医療DXの推進に関する工程表」を公表した。「マイナンバーカードと健康保険証の一体化の加速」や医療情報基盤、介護情報基盤、行政・自治体情報基盤をリンクさせた「全国医療情報プラットフォームの構築」ならびに同プラットフォームの実現に必要な「電子処方箋の普及」、「電子カルテ情報交換サービスの整備」、「電子カルテ情報の標準化」、「標準型電子カルテの提供」など医療DX関連施策を列挙したうえで、各施策のスケジュールを示している(図表1)。2025年度に複数のイベントが重なっており、注目している。

内閣府のデジタル田園都市特区でも、3つの地域(岡山県吉備中央町、長野県茅野市、石川県加賀市)でPHR(Personal Health Record)の仕組みを使い、年齢とともに途切れてしまいがちな母子健診、学校健診、企業健診、退職後の国保健診の各データをつなぐ、自治体を越えたデータ連携にも取り組んでいる。

医療DXの市場・研究動向

2023年7月にPHRサービス事業協会が立ち上がった。民間サービス事業者がもつヘルスケア情報と公的なプラットフォームがもつ健診・医療・介護情報を掛け合わせた

PHRの利活用と普及により、あらたなヘルスケア産業の創出と国民の健康づくりをめざす、民間主導の取り組みである。同協会には製薬企業やIT企業、医療機器メーカー、それら以外にも寝具メーカーや広告代理店、不動産業など多様な事業体が参加し、業界自主ガイドライン策定やビジネスモデル創出、共創エコシステム構築、国際競争力確保に取り組んでいる。

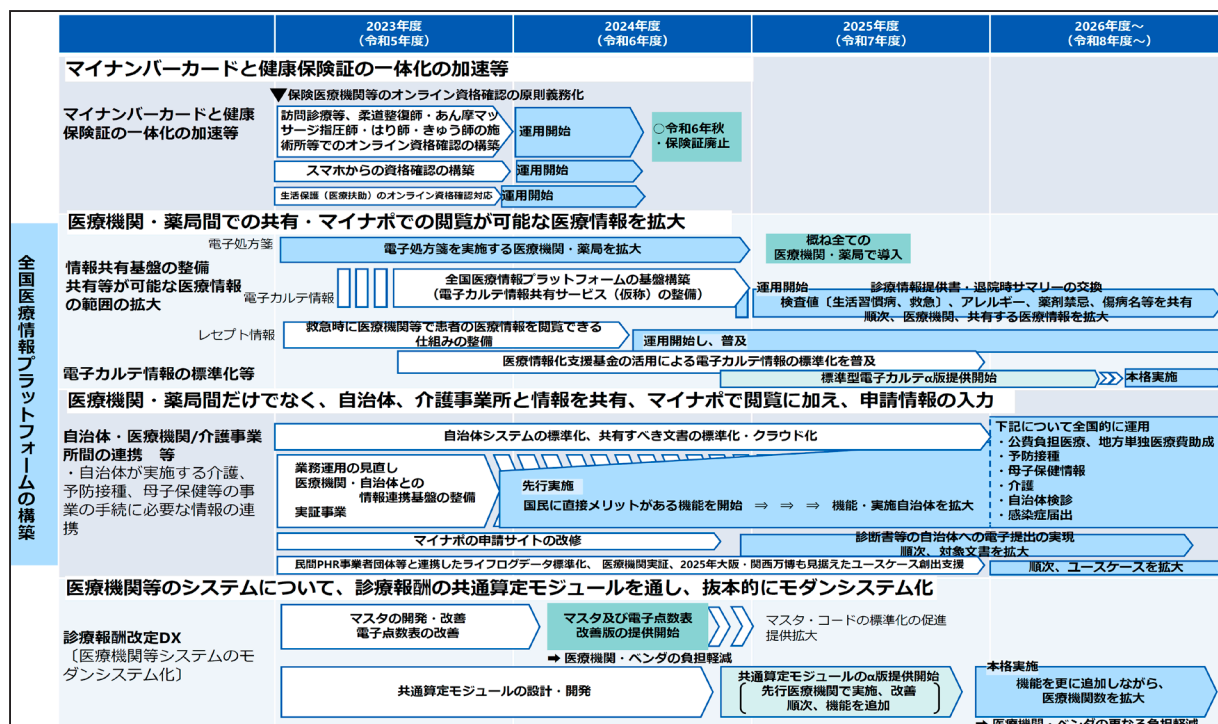
日本医師会は、AI・IoT・ビッグデータ技術を駆使した「AIホスピタルシステム」によって、質の確保、医療者への負担軽減の実現、国際的競争力の向上等を目指すことを目的に「日本医師会AIホスピタル推進センター(JMAC-AI)」を新設した。JMAC-AIは、AIホスピタルの実装化を進展するため、2023年

度より、IT企業や生命保険会社、大学、医療機関が加入する「医療AIプラットフォーム技術研究組合(HAIP)」とともに医療AIプラットフォームを構築・運営し、医療AIの社会実装に向けた課題を明確化する検証を行っている。

自治医科大学学長の永井良三先生がリーダーとしてすすめているプロジェクトは、医師の診療を支援する医療用の国産生成AIを開発している。問診結果を基に病名の候補を医師に伝えるなどして医療の質を向上させる狙いがあり、数年以内の実用化を目指す。

次回は、医療DXを推進する診療報酬改定や補助金制度、税制改正要望について解説する。

図表1 医療DXの推進に関する工程表〔全体像〕



光城 元博(みつぎもとひろ)



富士フイルム株式会社 メディカルシステム事業部 ITソリューション部 マネージャー
上級医療情報技師、診療情報管理士、保健医療福祉情報システム工業会(JAHIS) 運営幹事、医療情報標準化協議会(HELICS協議会) 副会長、日本医療情報学会 医療情報技師育成部会 広報・渉外委員長。

2001年日立製作所入社。医療IT製品の企画、事業開発などに従事。
2021年富士フイルムヘルスケア入社、2024年より現職。

一厚生行政ダイジェスト

医師偏在是正に向けた総合的対策を策定

厚生労働省は2024年12月25日、医師の偏在是正に向けた総合的な対策パッケージを策定しました。

- 複数の手法を組み合わせた総合的な対策を講じる
- 全ての世代の医師へのアプローチを行う
- 従来のへき地対策を超えた取り組みを実施する ーの3つの柱です。

2024年1月から始まる通常国会に関連の改正法案を提出し、成立を目指します。

対策パッケージは、医師偏在是正プランを軸に、規制的手法や経済的インセンティブなど複数施策を合わせて具体化します。医師偏在是正プランは、都道府県が策定し、今後設定する「重点医師偏在対策支援区域」(重点区域)内にある支援対象医療機関や必要な医師数などを都道府県で協議し、是正プランを作ります。策定は2026年度からで、緊急的に対策が必要な場合は2024年度内から行うとしています。

規制的手法では、医師が特に過剰な「外来医師過多区域」での新規開業の規制を強化し、開業する診療所に対して初期救急や在宅医療など地域に不足する医療の提供を都道府県が要請・勧告できるようにします。

2026年度診療報酬改定で対応を促す仕組みを検討することとしました。

経済的インセンティブでは、重点区域に派遣されたり勤務したりする医師への手当を増額し、同区域に医師を派遣する中核病院などへの支援も行います。この財源は保険者に負担を求めるものの、給付費や保険料の増加とならないように診療報酬の改定により一体的に確保する方針です。

他にも、中堅・シニア世代に医師不足地域への従事を促す全国的なマッチング機能や、地域医療に必要となる総合的な診療能力を養成するリカレント教育などへの支援は、2026年度予算編成の過程で検討していきます。

厚労省は、2026年度以降に施行したい考えで、施行後5年をめどに偏在是正の効果を検証し、十分な効果が見られなければ、さらなる対策について検討を行うこととしています。

マイナ保険証のスマホ搭載、夏以降本格実施へ

厚生労働省は、マイナ保険証のスマホ搭載を夏以降に本格実施する予定です。マイナ保険証を利用する患者の本人確認を行う従来の顔認証付きカードリーダーに加えて、スマホに搭載された電子証明書をかざして読み取るための汎用カードリーダーを医療機関などに新たに設置する計画です。

マイナ保険証のスマホ搭載は利便性の向上策の一環で、医療機関にマイナカードを持参しなくても外来診療を受けられるようにします。「Android」と「iPhone」で春に同時にリリースし、実証事業を始めます。

2月7日に厚生労働省のホームページに掲載された2024年度全国厚生労働関係部局長会議の説明動画では、春ごろからの実証事業を経て、「夏以降に本格的に実施できるようにしていきたい」と述べました。

関係僚僚らによるデジタル庁の検討会が2023年8月に行った最終取りまとめでは、マイナカード機能を搭載したスマホによるオンライン資格確認の運用開始を目指すほか、将来的には診察券や公費負担医療の受給者証とカードの一体化も進めることとされました。

マイナ保険証の全利用率は、健康保険証の新規発行が終了した2024年12月現在、25.42%でした。前月から6.90ポイント上昇しましたが、マイナ保険証のメリットと安全性を引き続き周知する考えを説明しました。

社会医療法人などの収入要件、補助金の扱いを明確化

厚生労働省は、社会医療法人などの認定に求められる収入要件について、補助金の取り扱いを明確化します。現在は、全収入金額に占める社会保険診療などの収入金額が80%を超えることを収入要件としていますが、分子の収入金額に補助金収入を加えます。

これに伴い、分母の全収入金額を、非営利性確保の観点から医療や介護、障害福祉サービスを含めた公定価格に基づく「医療保健業務による収入金額」とし、これにも補助金収入を含めることとしました。補助金収入のうち、固定資産の取得に関わるものなどは除外します。

収入要件の見直し対象となるのは社会医療法人のほか、特定医療法人、認定医療法人、福祉病院事業法人、オープン病院事業法人などになります。

今回の見直しの背景には、新型コロナウイルス感染症の流行拡大の影響があります。多くの医療法人がコロナ補助金を交付されたものの、収入要件での取り扱いが明確ではありませんでした。そのため厚生労働省は、補助金収入が社会医療法人などの認定に影響を与えることがないよう臨時的な措置として、収入要件の算出式にコロナ補助金の収入金額を含めてよいとする通知を2021年3月31日に出しました。

厚生労働省は、医療法施行規則の一部を改正する省令案の意見募集(パブリックコメント)を2月5日に開始しました。3月7日まで意見を受け付け、4月1日に施行する予定です。

標準型電子カルテ試行版 第1弾3月に提供開始

厚生労働省は、現在開発中の標準型電子カルテα版(試行版)の第1弾を3月、第2弾を夏ごろに提供開始する予定です。半年以上かけて実施するモデル事業で出てきた課題を集め、α版を適宜改修していく計画で、これは1月31日に開催した省内のワーキンググループ(WG)で明らかにされました。

標準型電子カルテは、日常診療で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、低コスト化が期待されています。α版の対象となるのは、電子カルテを導入していない医科の無床診療所で、診療科によらない共通の診療行為を想定しています。厚労省ではα版のモデル事業を3月に開始し、医療DXの有用性や機能などの検証、課題を収集することで、さらなる活用方策の検討を図っていく計画です。

この日のWGで示された実施計画によると、モデル事業は電子カルテを導入していない医療機関が対象となります。対象の地域は、電子カルテ情報共有サービスのモデル事業対象地域(全国10カ所)を中心に今後選定します。モデル事業では、「実用最小限の機能」「導入や運用の負荷」「医療DXを活用した付加価値」という観点で検証を行い、2026年度に予定されている標準型電子カルテの本格実施に向けた課題や検討事項を収集します。

厚生労働省では、本格実施に当たって想定される

- 診療所内の臨床検査機器との連携
- レセコンとの連携
- 実用最小限の機能拡充

などの課題への対応も検討していきます。

医療経営にも役立つ！ 今月のドラッカーの名言

マネジメントの父と称されるピーター・F・ドラッカーの言葉から、医療経営を担う経営者や管理者、医療現場の職員の皆さまの日々の活動に役に立つものを取り上げて発信していきます。

今月の名言

“これからのリーダーは 変化を活かすチェンジリーダーになれ！”

(P.F.ドラッカー著「明日を支配するもの」(ダイヤモンド社)より)

解説



『今日のような乱気流の時代にあっては、変化が常態である。変化はリスクに満ち、悪戦苦闘を強いられる。だが、変化の先頭に立たない限り、生き残ることはできない。変化を脅威ではなく、チャンスとして捉えるリーダーでなくてはならない。』

とドラッカーは説きます。

マネジメント・経営とは変化にいかに対応するかということです。変化をマネジメントするためには、変化の先頭に立ち、自らも変化を推進するエネルギーにならないけません。自ら変革を先導するリーダーをチェンジリーダーといいます。

経営リーダーは変革の先頭に立つ、チェンジリーダーでなくてはいけないのです。旧守派と言われる人はどの組織にも少なからずいますが、変化を恐れず立ち向かっていく人こそが今の時代に求められるのではないのでしょうか？とはいえ、ドラッカーが指摘するように決して平坦な道ではないはずです。誰にでも出来ることではないのですが、誰にもできないことはありません。勇気をもって果敢に対応していくことが組織にもその中のリーダーにも求められているのです。

医療機関の“後継者問題”でお困りの方へ 最適な候補者とのマッチングを支援します

診療所など医療機関の事業承継・M&Aなら

the 医療承継



クリニックに特化

当社は他のM&A会社とは違い、クリニックに特化した事業承継（M&A）を支援していますので、クリニックの事業承継に関する情報を豊富に取り扱っています。



医療機関専門の コンサルタントが対応

当社は医療経営に精通したコンサルタントが、アドバイザーとして担当します。事業承継だけでなく、クリニック経営に関することも含めてワンストップで相談していただけます。



25年超のコンサルティング実績

当社では、医療機関に特化したコンサルティングだけで25年以上やっています。これまで培ってきたノウハウや知見が、事業承継、その後のクリニック経営にもお役に立てると考えています。

クリニックの事業承継支援

クリニックに特化した事業承継の支援をしています。一般企業や病院、介護施設、調剤薬局などを一緒に扱っている会社もありますが、当社はクリニック専門です。これまで25年超のコンサルティング業務で培ってきたネットワークを通じて、最適な候補者とのマッチングを支援します。



◆お問い合わせ・ご相談：医療総研株式会社 森田 morita@iryso-soken.co.jp

医療総研株式会社

記事へのご質問や経営に関する
ご相談などお気軽にご連絡ください。

発行責任者：伊藤 哲雄

東京都渋谷区渋谷1-7-5
青山セブンハイツ804

TEL : 03 - 6451 - 1606

FAX : 03 - 6451 - 1607

e-mail : otoiawase@iryo-soken.co.jp

