

◆ 2025年度のベースアップ評価料
算定に向けた詳細が明らかに

◆ 医療機関の経営状況
～第607回中医協総会資料より～

Vol. 159 2025

5-6月号

ボランティ

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。

<連載:第2回>

～2040年問題と政府医療DX・データヘルス改革の動向～
「医療DXを推進する診療報酬改定等の諸政策」

2025年度のベースアップ評価料算定 に向けた詳細が明らかに

～事務手続きの簡素化に向け報告書様式を一部見直し～

2024年度の診療報酬改定で新設された「ベースアップ評価料」を2025年度も継続して算定するための届出の詳細が、3月31日に厚生労働省のベースアップ評価料に関する特設ページで公開されました。

本稿では主に、病院を対象とした2025年度のベースアップ評価料算定に向けた届出の流れについてご紹介します。

👉 2024年度改定で新設されたベースアップ評価料

ベースアップ評価料は、近年の食材料費や光熱費等の物価高騰、他業界の賃上げの状況等をふまえ、医療業界における人材確保や賃上げを図るために2024年度の診療報酬改定で新設されました。これらの財源を用いて、賃上げの目標値は、2023年度に対して2024年度は+2.5%、2025年度は+2.0%の実現を目指すとされています。ベースアップ評価料を原資とした賃上げ配分方法については、「2024年度もしくは2025年度に一律の引上げ」と「2024年度と2025年度の2年間で段階的な引上げ」のどちらかを選択することができます。

ベースアップ評価料の対象職種は、薬剤師・看護師・理学療法士など主として医療に従事する職員(医師及び歯科医師を除く)となっており、専ら事務作業(医師事務作業補助者、看護補助者等が医療を専門とする職員の補助として行う事務作業を除く)を行う職員は、対象外とされています。

ベースアップ評価料の概要は図表1のとおりです。病院の場合には、主に「外来・在宅ベースアップ評価料(I)」と「入院ベース

アップ評価料」の両方を算定していくこととなります。外来・在宅ベースアップ評価料(I)は、初診時6点など医療機関によって点数の違いはありません。一方で、入院料ベースアップ評価料は、区分が1点～165点まであり、医療機関が計画書などの届出を行うことで区分が決定する仕組みとなっています。

👉 2025年度のベースアップ評価料算定に向けてやるべきこと

ベースアップ評価料の施設基準では、2024年度中にベースアップ評価料を算定している医療機関は、「2025年度分の賃金改善計画書」と「2024年度分の賃金改善実績報告書」の2つを期日までに届出することが求められています。今回の通知では、その手続きの詳細が明らかになりました(図表2)。

最初に行うべきことは、2024年度分の「ベースアップ評価料収入」と「賃金改善措置による賃金増加分」の差額の確認です(Step 1)。

賃金増加分は「賃金改善後の給与総額」から「賃金改善前の給与総額」を引くことにより計算します。この差額の把握により、必要

図表 1 ベースアップ評価料の概要

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

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

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

※ 入院に携わる職員のための評価
 病院、有床診療所

※ 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

・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）

出典：厚生労働省 令和6年度診療報酬改定説明資料等について
 「03 令和6年度診療報酬改定の概要 賃上げ・基本料の引き上げ」資料

図表 2 ベースアップ評価料届出後の流れ

令和6年6月から令和7年2月までにベースアップ評価料の届出を行った場合※

STEP 1 令和7年3～4月に 令和6年度分（賃金改善開始～令和7年3月まで）の「ベースアップ評価料収入」と「賃金改善措置による賃金増加分」を確認します
 ※令和7年3月1～3日に届出を行い、令和7年3月から算定を開始している場合も含まれます

STEP 2 令和7年6月30日までに 令和7年度分の賃金改善計画書

STEP 3 令和7年8月31日までに 令和6年度分の賃金改善実績報告書 を提出してください。

令和7年 4月 6月 8月

届出

ベースアップ評価料は令和7年4月以降も引き続き算定することができます

ベースアップ評価料を算定できる期間

STEP 1 令和6年度分評価料収入と賃金増加分の確認

STEP 2 令和7年度分賃金改善計画書

STEP 3 令和6年度分賃金改善実績報告書

令和7年3月以降にベースアップ評価料の届出を行った場合

令和7年度内に追加で提出する書類はありません。

(注意)
 ベースアップ評価料(II)と入院ベースアップ評価料を届出している場合には、上記とは別に3か月ごとに区分変更の確認が必要です

出典：厚生労働省 特設ページ「ベースアップ評価料等について」資料

に応じて、2025年度の賃金改善計画における対象職員へのベア等の金額を見直すことができます。仮に、評価料収入よりも賃金増加額が想定以上に多かった(医療機関の持ち出しが想定以上に多かった)場合には、2025年度の賃金改善計画を見直す必要があるかもしれません。一方で、評価料収入が賃金増加額を上回り余りが出ている場合には、その余りは2025年度に繰り越して2025年度分の賃金改善に用いる必要があります。

つぎに、2025年度分の賃金改善計画書を策定していきます(Step 2)。

「賃金改善計画書」を毎年4月に作成して、6月30日までに、地方厚生(支)局に届け出る必要があります。厚生労働省の特設ページには、届出様式として、「評価料I専用届出様式」と「従来版様式」の2つがアップされていますが、病院の場合(入院ベースアップ評価料を算定している場合は「従来版様式」を用いていくことになります。具体的な記載方法については、厚生労働省の特設ページ「ベースアップ評価料等について」をご確認ください。

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00053.html

そして、最後に2024年度分の賃金改善実績報告書の作成です(Step 3)。

こちらベースアップ評価料を算定している医療機関においては、毎年8月31日までに前年度分の賃金改善実施報告書を地方厚生局に届け出る必要があります。賃金改善実績報告書様式については、「報告書専用様式」が準備され、事務手続きの簡素化に向けて所定様式の見直しが行われました(図表3)。

これらの届出に関する内容は、厚生労働省の特設ページに詳しく記載がありますので、詳細はそちらでご確認ください。

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00053.html

また医療機関によっては、届出時に作成した賃金改善計画書と8月に提出する賃金改善実績報告書の内容が異なってくるケースもあることが想定されます。その点に関しても、疑義解釈通知では、「実際に行った賃金改善実績が「賃金改善実績報告書」に記載されていれば問題ない。また、「賃金改善実績報告書」の記載にあたり、必要に応じて、届出時点の「賃金改善計画書」を修正しても構わない。」としています。

👉 生産性向上・職場環境整備等支援事業：ベースアップ評価料届出施設のみが対象

独立行政法人福祉医療機構の調査結果では2023年度は一般病院の半数が赤字など、病院経営は厳しさを増しているといえます。多くの病院では、医業収益は増加傾向にあるものの、その伸び以上に、物価高騰や賃上げなどにより医業費用が増加しており利益を圧迫している傾向がみえます。

そのような中、2025年度の医療施設等経営強化緊急支援事業が4月1日に通知されました。この事業は2024年度からの繰り越しにはなりますが、多くの医療機関で使用可能なものとして「生産性向上・職場環境整備等支援事業」があります。

この事業は、限られた人員でより効率的に業務を行う環境の整備費用に相当する金額を給付金として支給し、業務の生産性向上・職員の処遇改善につなげることを目的としたものです。支給額については、病院の場合は許可病床数×4万円となっています

が、対象としては、2025年3月31日時点でベースアップ評価料を届け出ている施設に限定されています。その他、2024年度の事業で支給を受けた施設は対象外とするなどの条件もありますので、事業の詳細や申請方法については都道府県からの案内をご確認ください。

図表3 報告書専用様式(病院及び有床診療所用)の記載例(抜粋)

報告書(病院及び有床診療所用) 令和7年4月版

別添 (病院及び有床診療所) 賃金改善実績報告書(令和6年度分)

報告対象年度を記載します

保険医療機関コード 1234567
 保険医療機関名 ●●病院
 所在地 都道府県 東京都
 住所 千代田区霞が関X-X-X
 担当者氏名 ●●●●
 電話番号 03-XXXX-XXXX

医療機関が所在する都道府県を選択してください(右の欄外に届出様式提出先のメールアドレスが表示されます)

医療機関名を記載してください
 ●●クリニック
 ○●クリニック

医療機関の所在地の住所を記載してください

様式提出先のメールアドレス
baseup-hyoukarvou13@mhlw.go.jp
 報告書届出における注意
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsu>

I. 賃金改善実施期間及びベースアップ評価料算定期間

(1) 賃金改善実施期間 令和6年6月 ~ 令和7年3月 10ヶ月

(2) ベースアップ評価料算定期間 令和6年6月 ~ 令和7年3月 10ヶ月

II-1. ベースアップ評価料による収入の実績額【(2)の期間中】

(3) 外来・在宅ベースアップ評価料(I)等による収入の実績額	1,000,000円
(4) 外来・在宅ベースアップ評価料(II)等による収入の実績額	0円
(5) 入院ベースアップ評価料による収入の実績額	2,000,000円
(6) ベースアップ評価料による収入の実績額【(3)+(4)+(5)】	3,000,000円

緑のセルは、自動計算されるため、記載不要です。

II-2. ベースアップ評価料による収入の繰越状況

※ベア等とは、基本給又は決まって毎月支払われる手当の引上げをいい、定期昇給は含まない。

(7) 翌年度への繰越予定額	0円
(8) 前年度からの繰越額(令和7年度分報告時のみ記載)	0円
(9) ベースアップ評価料による収入の実績額のうち、当該年度における対象職員のベア等及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費等に充当すべき金額【(6)-(7)+(8)】	3,000,000円
(10) (9)について全てベア等及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費等に充当しているか。	問題なし

○以下、基本給等総額については1ヶ月当たりの額を記載してください。
 ※「基本給等総額」には、給与のうち、基本給及び決まって毎月支払われる手当の合計を計上すること。
 ※ベア等の定義はII-2を参照のこと。
 ※「うち定期昇給相当分」は、【賃金改善実施期間(1)の開始月】において定期昇給を実施する場合にのみ記載すること。それ以外の月に定期昇給を実施する場合、もしくは定期昇給の制度を設けていない医療機関は「0」と記載すること。

III. ベースアップ評価料対象職員(全体)の基本給等(基本給又は決まって毎月支払われる手当)に係る事項

(11) 対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間(1)の開始月時点】	50.0人
(12) 賃金改善した後の対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間(1)の開始月時点】	15,000,000円
(13) 基本給等に係る賃金改善実績額(1ヶ月分)	360,000円
(14) (13)のうち定期昇給相当分	0円
(15) (13)のうちベア等実施分【(13)-(14)】	360,000円
(16) ベア等による賃金増率【(15)÷((12)-(13))】	2.5%

IV. 看護職員等(保健師、助産師、看護師及び准看護師)の基本給等に係る事項

(17) 看護職員等の常勤換算数【賃金改善実施期間(1)の開始月時点】	28.0人
(18) 賃金改善した後の看護職員等の基本給等総額【賃金改善実施期間(1)の開始月】	8,400,000円
(19) 基本給等に係る賃金改善実績額(1ヶ月分)	201,600円
(20) (19)のうち定期昇給相当分	0円
(21) (19)のうちベア等実施分【(19)-(20)】	201,600円
(22) ベア等による賃金増率【(21)÷((18)-(19))】	2.5%

シート末尾の「記載上の注意」4を参照のこと。

ベースアップ評価料の初回届出時点での「賃金改善しなかった場合」の基本給等総額からの、基本給等総額の増加分を記載します。

上の※を参照のこと。

出典: 厚生労働省 特設ページ「ベースアップ評価料等について」報告書専用様式(医療機関用)
<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001467731.pdf>

医療機関の経営状況

— 支出に影響を与える様々な費用の動向の分析 —

2025年4月23日に、第607回中央社会保険医療協議会が開催され、議題の一つとして、医療機関を取り巻く状況について議論されました。内容として、1. 医療需要と医療費に関する概況 2. 医療機関の経営状況 2-1. 医療機関の収支状況の分析 2-2. 支出に影響を与える様々な費用の同行の分析 3. 現状と課題 となっています。本稿では、特に医業経営にかかわりのある指標について、ご紹介します。

👉 病院の患者数・病床利用率の推移

病院の在院患者数と外来患者数は、コロナの影響を大きく受け、いずれも令和2年度に大きく減少しています。その後、在院患者数は引き続き減少傾向にありますが、外来患者数は令和4年度にかけて回復したものの、令和5年度は減少しました。

これに伴い、病院の病床利用率は令和2年度に大きく低下し、その後も低下傾向が続いたものの令和4年度に75.3%で底を打ち、令和5年度には75.6%と0.3ポイント増加しています(図表1)。

👉 令和4年度・5年度の病院の事業利益率の推移

病院の事業利益率は各病院類型のいずれも低下傾向にあり、療養型病院以外はすべてマイナスとなっています。コロナ補助金の影響を除外すると、より利益率は低下している状況がうかがえます(図表2)。

👉 支出に影響を与える様々な費用の動向の分析

①人件費：職員数について

病院の100床当たり常勤換算従業者数について、2023年は2017年と比較して+10.9人(+8.0%)。1年平均の増加率で見ると、2017年から2020年は+2.0人/年(+1.5%/年)、2020年から2023年は

+1.6人/年(+1.1%/年)増加しています。

2023年と2017年を比較して特に増加している職種としては、医師が+4.0人、看護師等が+5.3人、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が+1.9人、事務職員が+2.0人、一方で准看護師は▲2.4人となっています(図表3)。

②人件費：国内の賃上げ動向

2018年以降の春闘における賃上げ情勢を見ると、2022年以降は賃上げ率の水準が高まっています。賃金引上げ等の実態に関する調査でも、産業全体の1人平均賃金の改定率が2022年以降高まっていますが、医療・福祉においてはそれに届いていません。医療関係職種の平均を見ると給与額も上昇していますが、産業全体の平均には届いていないのが現状です(図表4)。

③人件費：給与額の全体傾向

医療関係職種の給与額はおおむね増加傾向にあり、2018年と比較した2024年時点の6年間の増加率は、きまって支給する現金給与額が10.2%、所定内給与額が11.2%、超過労働給与額が0.6%となっています。2024年データの労働者数を基にした人件費割合を見ると、医師以外では看護師やリハビリ系職種の割合が大きく、2職種で約半数を占めています。これらの職

種の給与額が特に医療関係職種全体の給与額にも影響している可能性があります。

👉 今後の課題

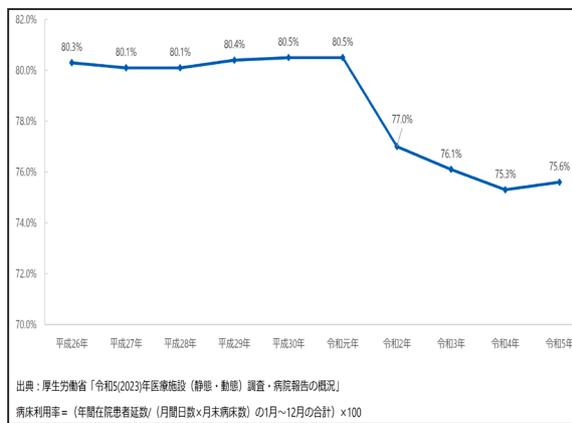
今後の課題として以下のものがあげられました。

- 近年の医療機関の経営状況の実態やその要因について。
- 特に病院においては、収益の増加を越

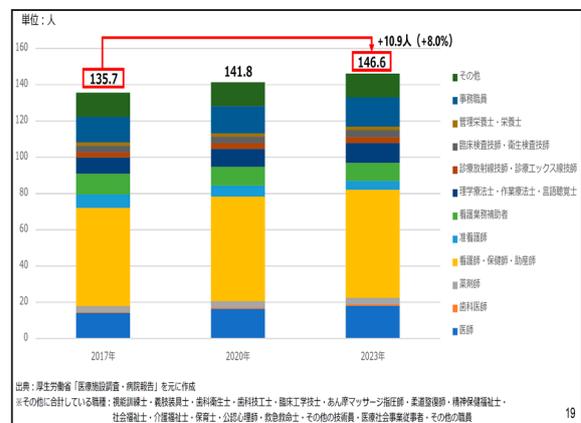
える費用の増加に伴い収支の悪化がみられるが、人件費や材料費、委託費などの各費用項目が増加していることやその要因について。

- 今後、医療機関の収支を踏まえた診療報酬の評価の検討を行うに当たって、更にもどのような分析を行っていくことが考えられるか。

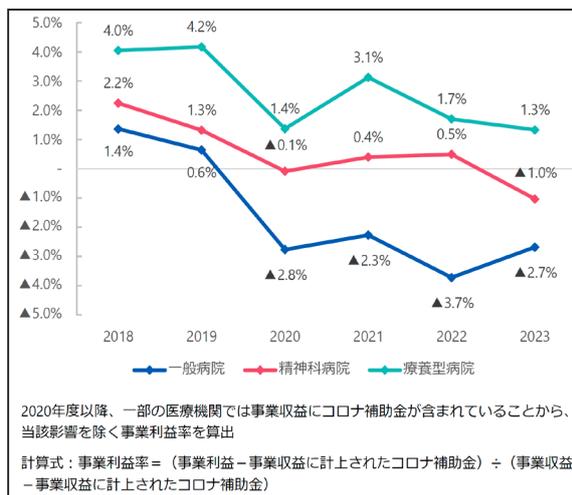
図表 1 病院の病床利用率の推移



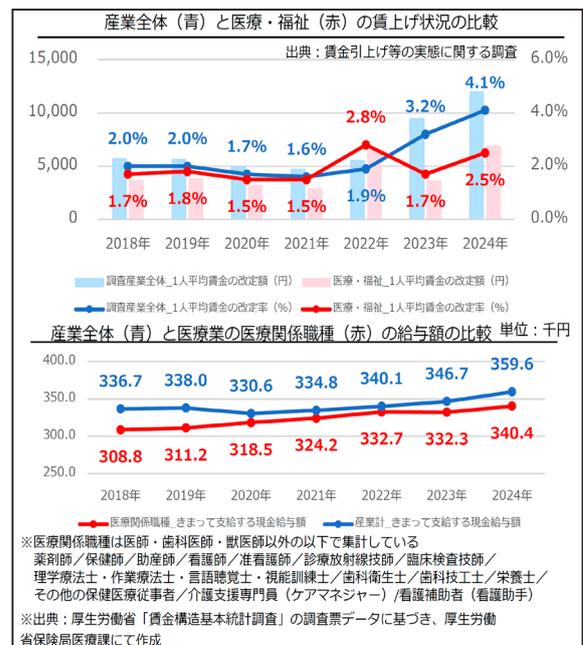
図表 3 病院の100床当たり常勤換算従業者数の推移



図表 2 事業利益率の推移(コロナ補助金影響を除く)



図表 4 賃上げ状況と給与額の比較



出典：厚生労働省 第607回中央社会保険医療協議会(2025年4月23日開催)
資料「医療機関を取り巻く状況について」より抜粋

看護配置

1日に必要な看護職員数

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、2024年5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。

病棟には、施設基準として最低限必要な看護職員数が定められています。急性期一般入院料1の場合、患者7人に対して看護職員1人以上の配置が必要です。また、看護の勤務体制は、日勤・準夜・深夜の3交代制が標準とされています。

👉 病棟の重要な施設基準「看護配置」

入院料の重要な施設基準の1つに、「看護配置」があります。例えば、一般病棟の「急性期一般入院料1」を届け出ている病棟の場合、患者7人に対して看護職員1人以上を配置することが求められます。同様に、「急性期一般入院料2～6」の場合は患者10人に対して看護職員1人以上の配置が必要です。

以下では、1日の平均患者数40人の急性期一般入院料2を届け出ている病棟を例に、看護配置の考え方を解説していきます。

👉 看護配置は「3交代制」を基本として考える

看護配置は、「3交代制」を標準として考えます。3交代制というのは、「日勤帯」「準夜帯」「深夜帯」という3つの時間帯に分かれた勤務体制のことです。1勤務あたり8時間が基本となります。

朝9時～夕方17時までが日勤帯、17時～深夜1時が準夜帯、1時～9時が深夜帯といった具合です。

時間帯の設定は各医療機関に任されていますが、準夜帯・深夜帯の時間には22時～5時を含めることが原則です。

例えば、上記の急性期一般入院料2の病棟で、看護職員を、日勤帯に9人、準夜帯に2人、深夜帯に2人配置しているとします。このとき、1日あたりの看護職員数は13人(9人+2人+2人)と数えます。

👉 患者数40人の急性期一般入院料2の算定病棟に必要な看護職員は12人

一方、施設基準上、必要な看護職員数は次のように計算します。まず、1日の平均入院患者数40人に対して、10対1の比率で看護師を配置する必要があります。

($40 \div 10 = 4$ 人)。

4人の配置を3交代で行うため、 $4 \times 3 = 12$ 人。よって、1日に必要な看護職員数は12人になります。

なお、必要な看護職員12人を、日勤帯8人、準夜帯2人、深夜帯2人といった配置で時間帯に応じて振り分けることができます。ただし、準夜帯および深夜帯は、最低2人以上*の配置が求められます。

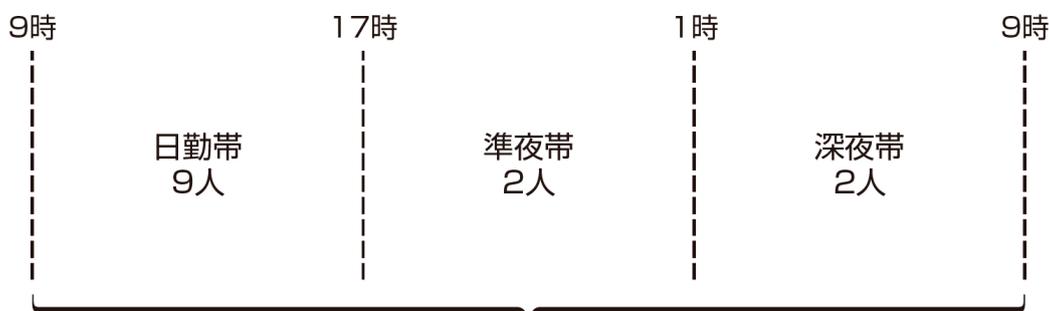
👉 「勤務人数」≧「必要な人数」となる ことが必要

以上から、今回のケースの病棟では、必要な1日あたりの看護職員12人に対して、実際には13人を配置しているため、「施設基準を満たしている」こととなります。

なお、実際の計算では、1か月間の総勤務時間をもとに1日あたりの平均職員数の計算が行われます。

*…以上:療養病棟の準夜・深夜は、看護師1人と看護補助者1人で可。

急性期一般入院料2を届け出ている病棟の看護配置の例



【1日あたり看護職員数:13人】*



【必要な1日あたり看護職員数:12人】

1日平均入院患者数 40人 ÷ 10 × 3交代 = 12人

* 実際の計算では、1か月間の総勤務時間をもとに1日あたりの平均看護職員数を計算。



「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2回>

「医療DXを推進する診療報酬改定等の諸政策」

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。

医療DXに関する診療報酬上の評価

令和6年度の診療報酬改定では「ポスト2025を見据えた地域包括ケアシステムの進化・推進」のなかで、「マイナ保険証やICTを用いた情報連携」が示され、「在宅医療DX情報加算」などの新たな評価項目が新設された。あわせて新設された「医療情報取得加算」や「医療DX推進体制整備加算」は、マイナ保険証と電子処方箋、電子カルテ情報共有サービスへの対応が算定要件となっている。電子カルテ情報共有サービスに対応するためには、診療情報提供書や検査結果など3文書と6情報を、紹介元の医療機関からFHIR形式で紹介先の医療機関へ情報を送る必要がある。

AIを活用した医療機器に対する新たな評価として「病変検出支援プログラム加算」が新設された。内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術において、病変検出を支援するプログラム医療機器を用いて実施した場合に算定できる。腫瘍性ポリープの検出率向上や早期切除を可能とすることで、AIにより患者が安心・安全に医療を受けられるための体制づくりの実現をめざしている。

医療DX・AIの導入を支援する補助金制度

厚生労働科学研究「医療AIの導入実態調査検討会」(研究代表:慈恵医大 竹下康平先生、公開日 2024-07-17)では、AI製品の医療機関への導入のハードルを複数例示しており、費用面の課題として、効率化に資する製品やインフラについて、「診療報酬や補助金の拡充が必要」と示している。

厚生労働省は、地域医療介護総合確保基金の区分6「勤務医の労働時間短縮に向けた体制の整備に関する事業」に関するICT機器の例として、患者説明用タブレット端末やAI問診システム、画像診断システム、画像ファイリングシステム、Web会議システム等を示している。

救急搬送数や医師数などの要件はあるが、病床数×133,000円を上限に補助が受けられる。なお本事業の実施主体は都道府県であり、自治体によっては、電子カルテやAI医療機器も対象となる。補助率は自治体によって9割～5割と差がある。本補助を実施していない自治体もあるため、補助金を活用するには都道府県への確認が必要である。

東京都は令和6年度、独自に医療機関向けのAI補助金を創設した。補助対象は民間の200床未満の病院または有床診療所である。基準額2,000万円に対する5割補助であり、最大1,000万円の補助が受けられた。このように自治体が独自に補助金を出している場合があるため、都道府県の医療整備課や医療政策課等とのコミュニケーションは重要である。

医療DXに関する税制改正要望

日本医師会は、令和6年8月に発表した「令和7年度 医療に関する税制要望」の中で、新たに「医療機関における医療DXへの対応及び省エネルギー化に資する設備投資等について、即時償却又は税額控除(10%)を選択適用できる措置」を要望した。

今回、要望した理由として日本医師会は「医療DXを国策として推進するのであれば、現場のシステム導入や維持、それに伴い必要となるセキュリティ対策にかかる費用は、本来、国が全額負担すべきものであり、補助金により整備されるべきである。しかるに、医療機関に追加的な費用負担が生じることは避けがたい現状を踏まえ、補助金を補完する施策として、医療設備のデジタル化等に資する設備投資ならびにシステム投資(短時間で正確な診断を行うための画像診断装置等や手術用ロボット手術ユニット、コンピュータ

診断支援装置、医療画像情報システム、センサー機能を使用した院内搬送用ロボット、患者離床センサー、遠隔診療システム、通信機能付きバイタルサイン測定機器、電子カルテ等の取得)を支援する税制措置が必要」と示している。

すでにAI音声認識ソフトウェアや画像診断装置、手術支援ロボット等の医療従事者の労働時間短縮に資する機器等を対象とした特別償却制度はあるが、その償却割合は15%と大きくない。

その後、2024年12月末に財務省より「令和7年度税制改正大綱」が示されたが、日本医師会が要望した医療DX設備投資等の即時償却又は税額控除は反映されなかった。

今回は、医療DX・データヘルスの普及推進に向けた調査研究活動について解説する。



出典：厚生労働省ホームページ 「医療DXについて」より抜粋

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

電子処方箋の導入補助を9月まで延長

電子処方箋の導入に関する政府の目標を見直し、新たな目標を夏ごろ決めることになったことを踏まえて、厚生労働省は「医療情報化支援基金」(ICT基金)による電子処方箋の導入補助の対象期間を9月まで延長します。これは、電子処方箋のさらなる導入促進策の一環で、2024年度の補正予算で措置した「電子処方箋の活用・普及の促進事業」(都道府県による導入助成)も2025年度に繰り越し、当初想定していた3月から9月まで期間を延長するものです。さらに、「院内処方機能」を補助対象に加ええます。

ICT基金による導入費用の補助の上限は、200床以上が162.2万円、それ以外の病院が108.6万円、診療所が19.4万円などで、それらの上限額は延長後も維持されます。10月以降の対応については、電子処方箋の新たな導入目標を踏まえて、改めて検討するとしています。

また厚生労働省は、電子処方箋の機能の追加実装は当面行わない方針を示しました。電子処方箋はこれまで、リフィル処方箋などに対応する機能が順次追加されて、今年1月には院内処方の情報を登録する機能のプレ運用が始まりました。しかし、機能追加に対応するためシステムの改修が断続的に必要になり、それが医療現場やベンダーの負担になっているとも指摘されており、「さみだれ式の機能追加が電子処方箋の導入をためらう最大の要因の1つだ」という指摘もできています。

厚生労働省は、医療機関が電子処方箋を運用・発行するための必要最小限の機能として実装済みの9機能を示し、必要な改修を除き、医療機関・薬局側の機能の追加を当面見送るとしています。

マイナ救急の実証事業、720消防本部で2025年度実施へ

総務省消防庁は2月21日に開催した救急業務の在り方に関する検討会で、2025年度にマイナ保険証を活用した救急業務(マイナ救急)の実証事業を全720消防本部の計5,334救急隊で実施する方針を示しました。2022年度には6消防本部で、2024年度には67消防本部で既に実証事業を行っており、これらの結果を踏まえた新たなシステムを構築し、全国に拡大します。

現状では、傷病者の情報聴取を救急隊員が口頭で行っており、正確な情報が得られなかったり、情報が不足したりする中で搬送先を選定しています。マイナ救急の実証事業では、傷病者のマイナ保険証をカードリーダーで読み取り、取得した既往歴や診療情報などを病院選定に役立て、業務の迅速化・円滑化につなげています。しかし、これまで実施した実証事業では既存の医療機関専用のシステムを用いており、デスクトップパソコンやノートパソコンの使用を前提とするなど情報閲覧までのプロセスで手間がかかっていました。そのため、マイナ救急での救急隊の活動時間が通常より長くなっていました。

こうした結果を受けて消防庁は、タブレット端末を前提とし、ログイン後に最短で4回タップすれば情報を閲覧できる「マイナ救急システム」を新たに構築。2025年3月に実装予定です。それに先立ち消防庁は、マイナ救急システムの有用性を検証するため人体模型を用いたシミュレーションを3カ所の消防本部で実施し、その結果、いずれもマイナ救急での活動時間は通常より短くなったと報告しました。

今後マイナ保険証がスマホに搭載されることも見込まれることから、消防庁は、傷病者のスマホから救急隊が医療情報を閲覧できる仕組みについても検討する方針を示しました。

2026年度診療報酬改定へ調査方針案を了承

中央社会保険医療協議会の「入院・外来医療等の調査・評価分科会」は3月12日、次の診療報酬改定に向けて2025年度に行う調査の方針案を了承しました。2040年ごろを見据えた新たな地域医療構想の策定など医療提供体制の改革が決まったことを受けて、「包括期」の入院医療を担う病院と地域の介護施設との連携状況などを把握していきます。厚生労働省は、4月ごろに開かれる予定の次の分科会で調査票の案を示す考えです。

分科会では、中医協がまとめた2024年度改定の答申書附帯意見に基づいて2025年度に、急性期医療と救急医療に対する評価の見直しや、地域包括医療病棟の新設の影響など8項目の調査を行うことになっています。一方、新たな地域医療構想の策定や医師偏在対策など医療提供体制の改革を盛り込んだ医療法の改正案が国会に提出されたことを受けて、2025年度の調査にそれらに配慮した項目を盛り込む考えです。

厚生労働省が3月12日、○入院医療、○外来医療、○医師偏在対策(診療科偏在対策)、○災害医療一などの検討課題ごとに調査項目を整理した方針案を分科会に示し了承されました。

入院医療では、多職種連携やタスクシフト(シェア)を推進するため、管理栄養士や理学療法士などの多職種が「記録」「食事の介助」「排泄の介助」といった病棟での業務にどのように関与しているかを調べます。また、地域の介護施設の協力医療機関になるなど、主に包括期をカバーする病院による介護や在宅医療との連携の状況も把握します。

外来医療では、時間外診療・入退院支援・在宅医療の提供のほか、主治医意見書作成の状況などを調査し、「かかりつけ医機能」を底上げするための具体策の検討につなげる考えです。

医師偏在対策関連では、診療科別の医師の人数や手術実績など医療機関ごとの医療提供体制の実態や、交代制勤務を導入しているかなど、医師の働き方改革の対応状況を調査項目に盛り込みます。

厚生労働省のスケジュール案では、調査票は5月にも配布し、調査結果の速報を8月にも公表したい考えで、2024年度の改定に向けた調査に比べ1カ月ほど速いペースを想定しています。

“スマホ保険証” 9月ごろから順次運用開始へ

厚生労働省は4月3日、マイナ保険証のスマホ搭載のスケジュールを社会保障審議会の医療保険部会に示しました。マイナ保険証のスマホ対応機能を今年9月ごろから全ての医療機関に開放し、環境を整備できた医療機関から順次運用を始める予定です。

マイナ保険証の利用促進策の一環で、患者が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。ただ、厚生労働省は「全医療機関に導入を義務付けるものではない」としています。

スマホ保険証に搭載する電子証明書を医療機関が読み取るには従来のカードリーダーに加え、外付けの「汎用カードリーダー」を新たに購入する必要があり、厚生労働省は導入コストへの支援として「何かしらやれることがないか検討中」としています。

また厚生労働省は、マイナカードと診察券の一体化を進めるため、医療機関のレセコン改修などのコストを引き続き補助する方針で、マイナカードと診察券を一体化することで「患者はマイナカード1枚で保険証と診察券の受け付けが可能になる」としています。

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

**“成果を上げるものは
問題志向ではなく、機会志向である。”**

(P.F.ドラッカー著「創造する経営者」(ダイヤモンド社)より)

解説



『問題の解決によって得られるものは、通常の状態に戻すことだけである。せいぜい、成果を上げる能力に対する妨げを取り除くだけである。成果そのものは、機会の開拓によってのみ得ることができる。』

とドラッカーは説きます。

問題は解決しても、これまでと同じ状態に戻るだけです。成果・利益は事業機会を追求することによって得られます。問題解決型のリーダーになってはいけません、成果を上げるリーダーは機会志向なのです。

それぞれの部署の管理職は、常に問題解決をもとめられ、日々それに対応しています。それ自体は決して悪いことではなく、まさに組織には必要なことです。

しかし、経営者あるいは部門を任せられている上級管理職は、日々の問題解決だけでなく、将来の発展のための成果を求められています。ドラッカーの言葉の様に、機会の開拓を行うことで初めて、新たな成果を追い求めることが出来るのです。

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-ken.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

