

週刊WEB

医療経営

MAGA
ZINE

Vol.853 2025.1.14

医療情報ヘッドライン

厚労省予算案、一般会計は34.2兆円
医療は今年度比0.8%増の12.4兆円

▶ 厚生労働省

規制改革でオンライン診療を円滑化
診療補助行為を診療報酬で評価へ

▶ 規制改革推進会議

週刊 医療情報

2024年12月27日合併号

25年度に期中改定実施へ、
食材費高騰受け

経営TOPICS

統計調査資料

医療施設動態調査
(令和6年10月末概数)

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
メディカルビル内と戸建診療所開業の違い
スタッフの募集や面接の注意点

発行:税理士法人ネクサス

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

厚労省予算案、一般会計は34.2兆円 医療は今年度比0.8%増の12.4兆円

厚生労働省

政府は12月27日に2025年度予算案を閣議決定。一般会計の総額は115兆5,415億円となり、過去最高を更新した（2024年度当初予算は112兆5,717億円）。

このうち厚生労働省所管分の一般会計は34兆2,904億円で、2024年度当初予算と比べ4,715億円増（1.4%増）。社会保障関係費は33兆9,723億円で、同4,677億円増（1.4%増）となった。

社会保障関係費の内訳は、年金が13兆6,129億円で同2,892億円増（2.2%増）、医療が12兆4,542億円で同1,010億円増（0.8%増）、介護が3兆7,374億円で同87億円増（0.2%増）、雇用が1,560億円で同54億円増（3.6%増）、福祉等が4兆118億円で同635億円増（1.6%増）だった。

■「医薬品安定供給」に2.7億円積み増し

厚生労働省の予算案は、「Ⅰ. 全世代型社会保障の実現に向けた保健・医療・介護の構築」「Ⅱ. 持続的・構造的な賃上げに向けた三位一体の労働市場改革の推進と多様な人材の活躍促進」「Ⅲ. 一人一人が生きがいや役割を持つ包摂的な社会の実現」の3つを柱としている。

このうち医療関係は「Ⅰ. 全世代型社会保障の実現に向けた保健・医療・介護の構築」に集まっている。新たな事業として盛り込まれたのは「小児医薬品開発支援体制強化事業（3,000万円）」、「創薬力強化のための早期薬事相談・支援事業（5,600万円）」、「リアルワールドデータの活用等によるプログラム医療機器実用化促進事業（1,600万円）」、「医薬品の供給情報等の把握等の体制整備等事業（2.2億円）」、「医療機関におけるサイバーセキュリティ確保事業（11

億円）」、「かかりつけ医機能研修事業（1,000万円）」、「JRAT体制整備事業（JRAT事務局）（3,900万円）」、「UHCナレッジハブにかかるWHOオフィスの設置（2.8億円）」、「UHCナレッジハブにかかる会議等の開催（6,000万円）」、「国立健康危機管理研究機構の運営に必要な経費（174億円）」の10事業だった。

拡充されたところで目立つのは、まず「医薬品等の安定供給の推進」。2024年度当初予算の1.7億円から4.4億円と2.7億円積み増しされている。これは、医薬品の品質問題に伴って供給量が減少している影響が大きい。

後発医薬品をはじめ多数の医薬品で供給不足が慢性化しており、需給の実態把握もできていないため、対策を強化しようとしている。

■サイバーセキュリティにも注力

また、「次なる感染症危機に備えた体制強化」には、313億円と2024年度当初予算から226億円も積み増しされた。

今年4月に国立健康危機管理研究機構（JIHS）が設立され、その運営経費に174億円を計上していることが大きい。「個人防護具の備蓄等事業」に90億円と2024年度当初予算から50億円積み増しするなど、全体的に拡充を図っていることがわかる。

逆に、大きく金額を減らしたのは「医療・介護分野におけるDXの推進等」だ。

2024年度当初予算は201億円だったが、49億円と152億円も減額した。ただし、「医療機関におけるサイバーセキュリティ確保事業」を新たに加え、11億円の予算を計上していることに注目したい。

さらに激化しているサイバー攻撃に対する危機感を募らせていることがうかがえる。

医療情報
ヘッドライン
②

規制改革でオンライン診療を円滑化 診療補助行為を診療報酬で評価へ

規制改革推進会議

政府の規制改革推進会議は 12 月 25 日、中間答申をまとめた。医療関連では、「一般用医薬品の販売方法等見直し」「地域におけるオンライン診療の更なる普及及び円滑化」「医療等データの利活用法制等の整備」などが盛り込まれた。

オンライン診療をめぐるのは、専用車両を診療回数や場所の制限なく活用できるようにするほか、看護師による診療補助行為（点滴、注射など）に関する診療報酬上の評価を明確化している。

■医師不足地域や災害時の対応を視野に

従来、診療は対面に限られていたが、通信機器の発達によってオンライン診療が新たな診療形態の選択肢として定着しつつある。

単に利便性が高いだけでなく、人口減少や高齢化、医師不足が著しい地域への対応や、災害が発生した場合などを踏まえると、より円滑に運用できるよう規制改革を図る必要があるといえよう。

今回、「専用車両」が取り上げられているのは、まさにそうした医療提供体制の維持が困難なケースを想定してのものだ。

12 月 4 日の規制改革推進会議健康・医療・介護ワーキンググループでは、D to P with N（Doctor to Patient with Nurse、診療所にいる医師が、看護師とともにいる患者をオンラインで診療する）を実施している三重県鳥羽市の取り組みが紹介された。

具体的には、オンライン診療機器を積んだ車両に看護師が乗って患者のもとに向かい、診療所にいる医師とつなぐ形だ。医師は移動

しない分診療時間をしっかりと確保でき、患者も移動や家族などによる送迎の負担を減らすことができる。

一方で、車両で移動して診療しているため定期的反復継続要件がある「巡回診療」となり、利用が増えると回数制限が障壁となってしまう。都度届出を行わなければならないのも面倒だ。そこで、いわゆる「解釈運用」ではなく医療法の改正や通知などによって運用基準を明確にしようというわけである。

看護師の診療補助行為については、同じ 12 月 4 日の規制改革推進会議健康・医療・介護ワーキンググループで長崎県五島市の長崎大学離島医療研究所が取り上げている。

それによれば、厚生労働省による「オンライン診療の適切な実施に関する指針」上では、医師の指示のもと看護師が診療補助行為をできるとしているものの、点滴や注射、血液検査、尿検査、新型コロナウイルス感染症やインフルエンザの検査で行う「鼻腔・咽頭拭い液採取」などは、診療報酬が算定できないため、実際にはできないのだという。

■石破首相「着実に、スピード感を持って実行を」

中間答申では、専用車両についての検討は今年度中に、看護師による診療補助行為については来年度中に「検討・結論・措置」を行うと明記した。

この日の会議に出席した石破茂首相は「これらの改革を着実に、スピード感を持って実行いただきますよう、引き続きよろしく願いを申し上げます」と述べており、早期に実現することが期待される。

ビズアップ週刊

医療情報

2024年12月27日合併号

[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
中央社会保険
医療協議会

25年度に期中改定実施へ、 食材費高騰受け

厚生労働省は 25 日、2025 年度に診療報酬改定を実施する方針を中央社会保険医療協議会に示した。入院時食事療養費を 1 食当たり 20 円引き上げる。24 年度の報酬改定に伴い 30 円引き上げたが、食材費の高騰が続いていることを踏まえて 2 年連続で見直す。

中医協の総会に先立って行われた 25 年度予算案の閣僚折衝で、福岡資麿厚生労働相と加藤勝信財務相が入院時の食事の基準を見直すことで合意した。見直しの時期は予算編成過程を経て決定することとされ、早ければ 4 月にも引き上げる。

厚労省保険局の林修一郎医療課長は、25 日の総会で「(25 年は) 中間年の年だが、緊急に対応が必要だと考えられるものをお諮りする」と述べ、中医協に見直し案を示した。

また、調剤では服薬管理指導料などへの「特定薬剤管理指導加算 3 口」(1 回当たり 5 点) を 10 点に引き上げる。

この加算は、特許切れの先発医薬品(長期収載品)を希望する患者に対し、医薬品の選択に関する情報の説明・指導を行う場合への評価。長期収載品を希望する場合の選定療養が施行された 10 月以降、患者への説明に伴う薬局の業務負担が増えたことが分かり、配慮する。

食費の基準は、入院時の食事代に当たる入院時食事療養費(I)を流動食のみ提供する場合は 1 食当たり 605 円を 625 円に、それ以外の場合は 670 円を 690 円に引き上げる。患者負担は低所得者に配慮して決める。

療養病床の入院時生活療養費(I)と(II)の食費分も 1 食当たり 20 円ずつ引き上げる。

厚労省は、24 年(1-10 月の平均)の消費者物価指数(食料)が 18 年比で 19.5%伸びたとするデータを中医協に示した。医療の一環として提供されるべき食事の質を確保するため、引き上げが必要だと判断した。

診療側の太田圭洋委員(日本医療法人協会副会長)は、25 日の総会で「病院はさまざまな対策を実施しているが、限界がある。入院時の食事提供コストの上昇を許容せざるを得ず、経営悪化の一因になっている」と指摘した。

医療情報②
厚生労働省
財務省

職種別給与の報告義務化検討へ 閣僚折衝で合意

2025 年度予算案の編成を巡り、福岡資麿厚生労働相は 25 日、加藤勝信財務相と折衝を行い、医療法人の経営情報データベース(MCDB)で現在は任意とされている職種別の給与や人

数の報告を義務付けることを視野に検討することで合意した。政府は、検討結果を踏まえて「必要な対応」を実施する方針。また、より効率的な医療提供体制の構築に活用するため、医療法人の経営情報とそれ以外の設置主体の経営情報を連携させ、データの分析や公表の在り方を検討していくことでも合意した。政府は、25年度予算案の27日の閣議決定を目指す。

23年8月に施行されたMCDBでは、原則全ての医療法人が病院・診療所ごとの収支などのデータを都道府県に報告。国は都道府県からの情報提供を取りまとめ、地域別や医療機関の規模別などに経営状況を分析する。ただ、医師や薬剤師、看護職員など職種別の給与（給料・賞与）や人数の報告は任意とされている。

25年度予算案の編成を巡る閣僚折衝で、職種別の給与や人数の報告状況や内容を精査した上で、報告の義務化を含めて情報の提出方法や内容を検討し、必要な対応を行うことで合意した。医療法人の経営情報のさらなる「見える化」が狙い。

この日の閣僚折衝では、診療報酬の「期中改定」を25年度に行い、入院時の食費の基準額を1食当たり20円引き上げることでも合意した。食材費の高騰などを踏まえた対応だが、低所得者の負担は所得区分などに応じて一定の配慮を行う。また、現行の高額療養費制度を見直し、患者の自己負担の限度額を25年8月から27年8月にかけて段階的に引き上げる。

平均的な所得区分「年収約370万～約770万円」の場合、70歳未満の限度額を25年8月から約8,100円増の約8万8,200円とする。さらに所得区分を細かくした上で、26年8月と27年8月にも順次引き上げる方針。

医療費が高額になった患者の自己負担を一定額に抑える高額療養費は、物価や賃金の上昇など経済環境が変化する中でも、自己負担の限度額が実質的に維持されてきた。

現役世代の保険料負担の軽減を図るため、厚労省は患者の所得区分を細分化した上で、限度額を一定程度引き上げる。併せて、70歳以上に設けられている外来の自己負担限度額（外来特例）も見直す。ただ、高額療養費制度のセーフティーネットとしての役割は維持する。

●後発薬の安定供給新たな基金で支援へ

2025年度予算案の編成を巡る福岡厚労相と加藤財務相の折衝では、後発医薬品の安定供給を実現させるため新たな基金をつくることでも合意した。この基金を法律に位置付けた上で、非効率な「少量多品目生産」の体制を解消するため生産性の向上に取り組む後発薬企業を支援する。新たな「後発医薬品供給支援基金」は、医薬基盤・健康・栄養研究所につくる。設置期間は5年。また、後発薬企業の取り組みを国が認定する枠組みを法的に整備する。企業間の連携や協力、再編を強力に後押しする狙いがある。

一方、診療報酬改定がない25年度に実施する薬価改定は、全1万7,440品目の53%に当たる9,320品目を対象とし、薬剤費2,466億円（国費648億円）を削減する。9,320品目の内訳は、後発医薬品5,860品目、長期収載品1,500品目、新薬1,060品目、その他900品目。後発薬のほか、新薬創出等加算を適用する新薬は、薬価調査で明らかになった市場実勢価格との平均乖離率5.2%を超える品目を対象に実施する。（以降、続く）

週刊医療情報（2024年12月27日合併号）の全文は、当事務所のホームページよりご確認ください。

医療施設動態調査 (令和6年10月末概数)

厚生労働省 2024年12月25日公表

病院の施設数は前月に比べ 3施設の減少、病床数は 642床の減少。
一般診療所の施設数は 27施設の増加、病床数は 326床の減少。
歯科診療所の施設数は 65施設の減少、病床数は 増減なし。

1 種類別にみた施設数及び病床数

各月末現在

	施設数		増減数		病床数		増減数
	令和6年 10月	令和6年 9月			令和6年 10月	令和6年 9月	
総数	179 674	179 715	△ 41	総数	1 541 389	1 542 357	△ 968
病院	8 057	8 060	△ 3	病院	1 469 203	1 469 845	△ 642
精神科病院	1 058	1 057	1	精神病床	316 087	316 147	△ 60
一般病院	6 999	7 003	△ 4	感染症 病床	1 941	1 941	-
療養病床を 有する病院 (再掲)	3 334	3 338	△ 4	結核病床	3 508	3 508	-
地域医療 支援病院 (再掲)	703	703	-	療養病床	268 274	268 521	△ 247
				一般病床	879 393	879 728	△ 335
一般診療所	105 298	105 271	27	一般診療所	72 125	72 451	△ 326
有床	5 391	5 415	△ 24				
療養病床を 有する一般 診療所(再 掲)	423	431	△ 8	療養病床 (再掲)	4 002	4 088	△ 86
無床	99 907	99 856	51				
歯科診療所	66 319	66 384	△ 65	歯科診療所	61	61	-

2 開設者別にみた施設数及び病床数

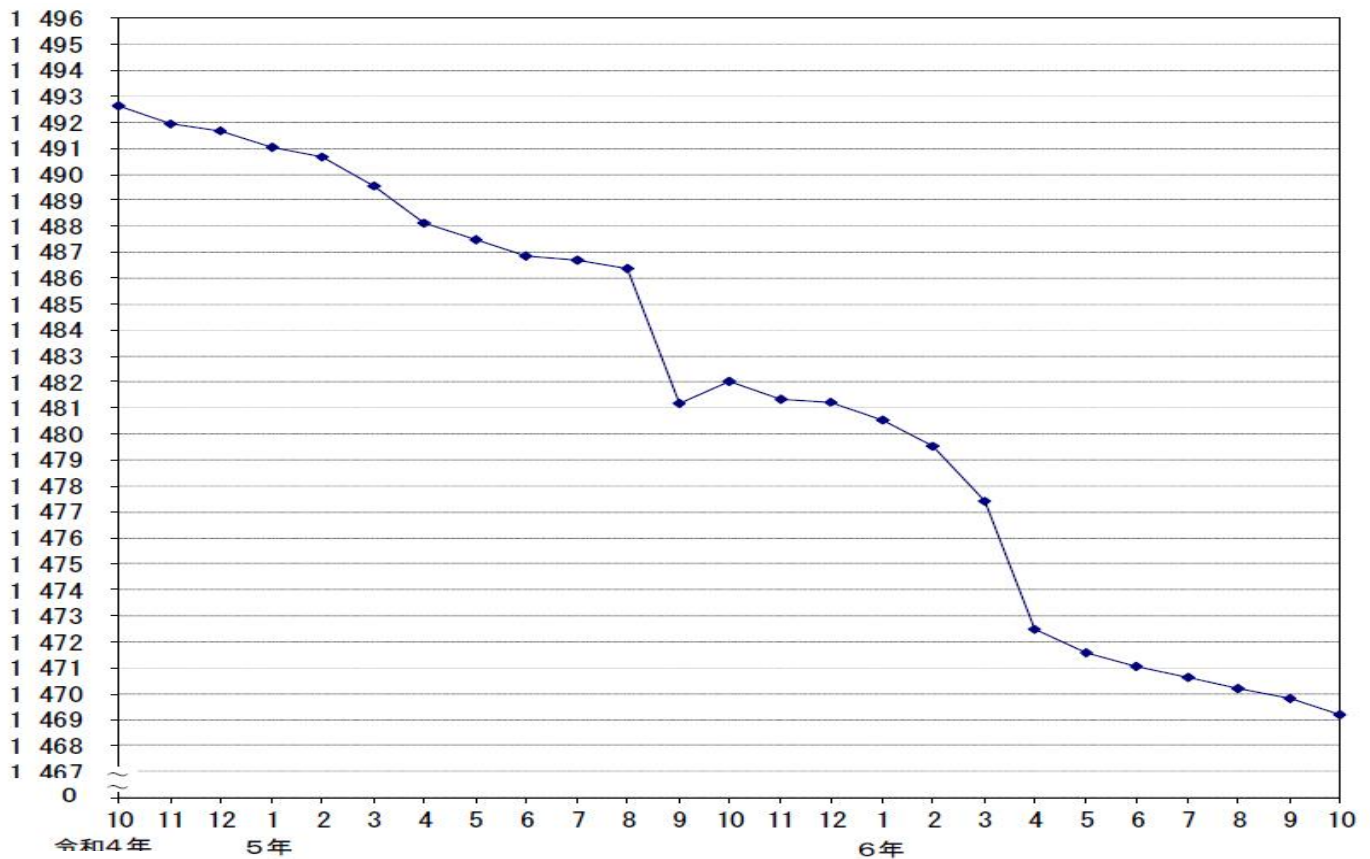
令和6年10月末現在

	病 院		一般診療所		歯科診療所
	施設数	病床数	施設数	病床数	施設数
総数	8 057	1 469 203	105 298	72 125	66 319
国 厚生労働省	14	3 760	17	-	-
独立行政法人国立病院機構	140	51 497	-	-	-
国立大学法人	47	32 667	147	-	-
独立行政法人労働者健康安全機構	32	11 478	1	-	-
国立高度専門医療研究センター	8	4 047	-	-	-
独立行政法人地域医療機能推進機構	57	15 138	3	-	-
その他	19	3 362	382	2 172	4
都道府県	184	45 454	263	182	7
市町村	588	117 381	2 923	1 860	238
地方独立行政法人	134	51 979	35	17	-
日赤	91	33 903	202	19	-
済生会	83	22 165	55	10	1
北海道社会事業協会	7	1 622	-	-	-
厚生連	95	29 383	64	44	-
国民健康保険団体連合会	-	-	-	-	-
健康保険組合及びその連合会	6	1 367	262	-	1
共済組合及びその連合会	39	12 881	133	-	3
国民健康保険組合	1	320	14	-	-
公益法人	186	45 935	433	121	81
医療法人	5 624	827 091	47 751	56 926	17 093
私立学校法人	113	55 605	196	38	14
社会福祉法人	200	33 370	10 529	363	39
医療生協	78	13 002	286	179	49
会社	24	7 397	1 465	7	14
その他の法人	196	40 169	1 440	370	209
個人	91	8 230	38 697	9 817	48 566

参 考

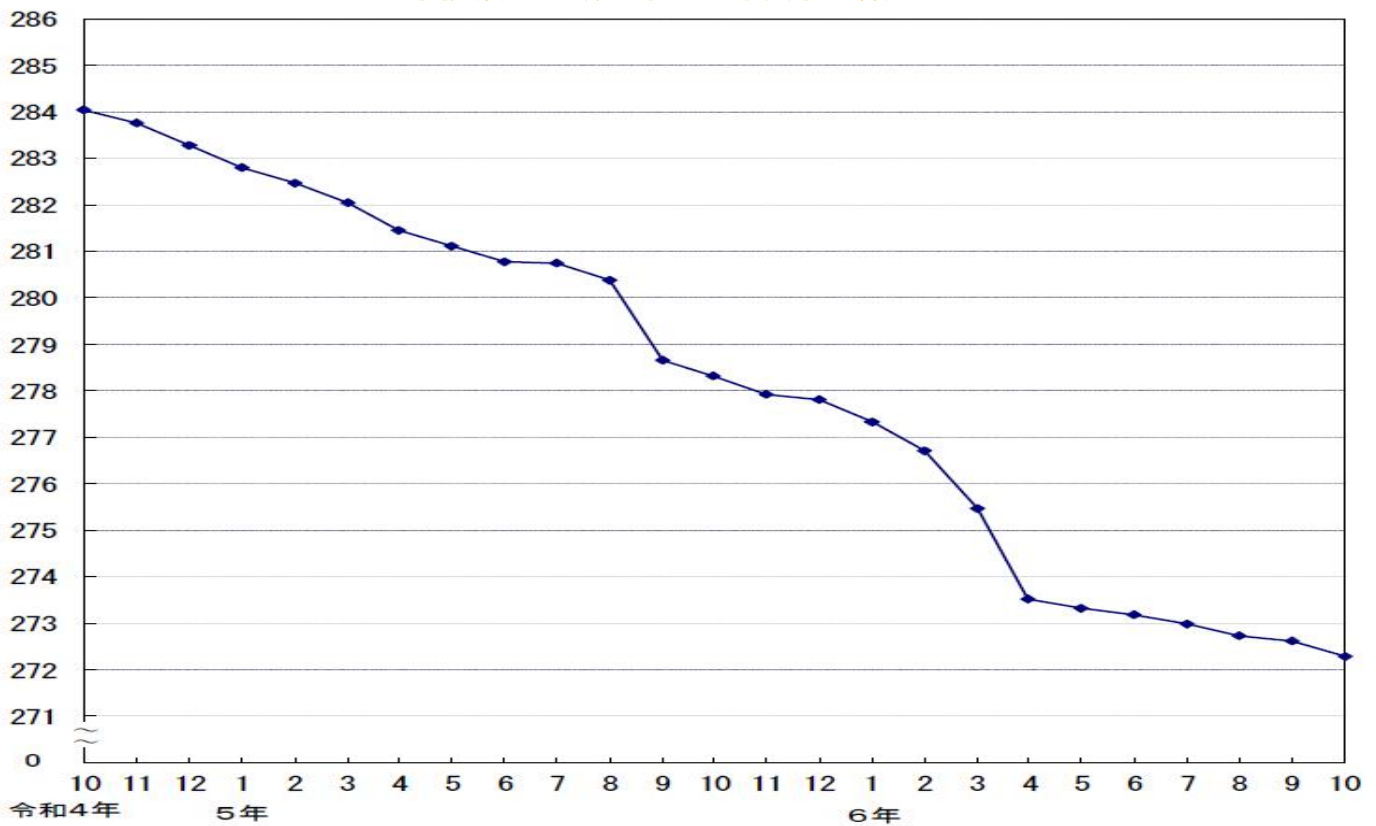
病床（千床）

病院病床数



病床（千床）

病院及び一般診療所の療養病床数総計



医療施設動態調査（令和6年10月末概数）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

さて、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 0.09%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。

◆ 令和6年度診療報酬改定の改定率

1. 診療報酬+0.88%(国費800億円程度(令和6年度予算額。以下同じ))

※1 うち、※2～4を除く改定分+0.46%

各科改定率 医科+0.52%

歯科+0.57%

調剤+0.16%

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(+0.28%程度)を含む。

※2 うち、看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種(上記※1を除く)について、令和6年度にベア+2.5%、令和7年度にベア+2.0%を実施していくための特例的な対応+0.61%

※3 うち、入院時の食費基準額の引き上げ(1食当たり30円)の対応(うち、患者負担については、原則、1食当たり30円、低所得者については、所得区分等に応じて10～20円)+0.06%

※4 うち、生活習慣病を中心とした管理料、処方箋料等の再編等の効率化・適正化▲0.25%

2. 薬価等

①薬価 ▲0.97%(国費▲1,200億円程度)

②材料価格 ▲0.02%(国費▲20億円程度)

合計▲1.00%(国費▲1,200億円程度)

※イノベーションの更なる評価等として、革新的新薬の薬価維持、有用性系評価の充実等への対応を含む。

※急激な原材料費の高騰、後発医薬品等の安定的な供給確保への対応として、不採算品再算定に係る特例的な対応を含む。(対象:約2,000品目程度)

※イノベーションの更なる評価等を行うため、後述の長期収載品の保険給付の在り方の見直しを行う。

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

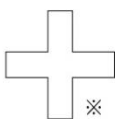
看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種（40歳未満の勤務医師・勤務歯科医師・薬局の勤務薬剤師、事務職員、歯科技工所等で従事する者を除く）について賃上げを実施していくための評価

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

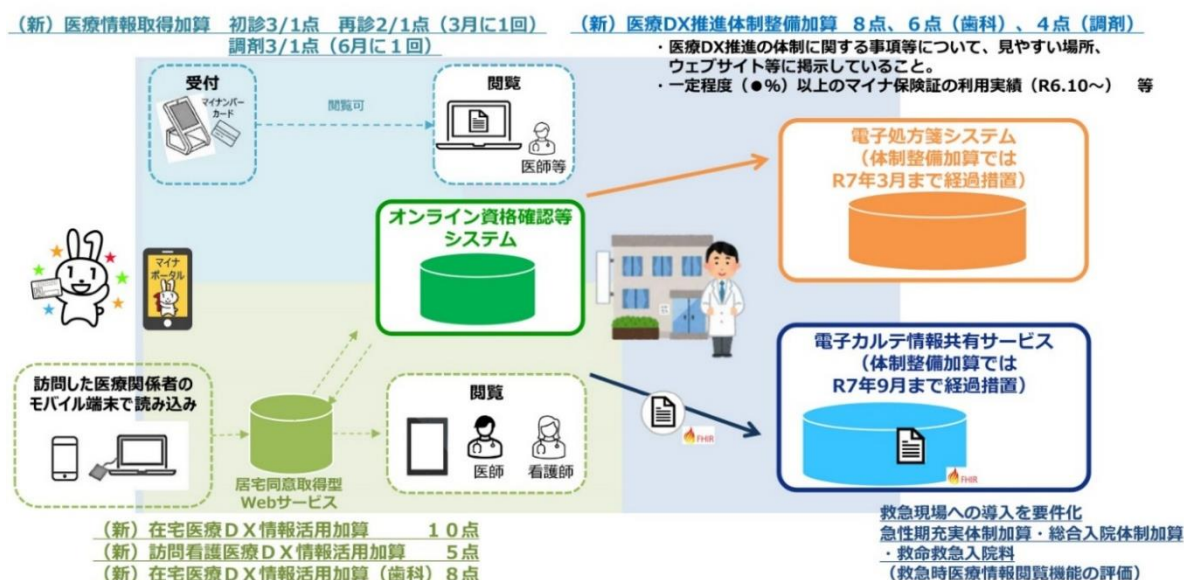
■ 医療DXに係る全体像

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】			【生活習慣病管理料（Ⅰ）】	
1 脂質異常症を主病とする場合	570点		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	620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	720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。
- ・ 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

メディカルビル内と 戸建診療所開業の違い

**メディカルビル内で開業か、診療所を建築しようか
迷っています。それぞれのメリット等を教えてください。**

■メディカルビルでの開業

開業地物件を探している最中に、「メディカルビル」「クリニックビル」という物件情報を目にすることは多いと思われます。

運用資金面では、診療以外の医療サービス部分の共有化によって不安の軽減を図ることができること、あるいは複数の科が同じビル内に入居していることから、利便性やアピール度が高いと期待され、患者獲得にも有利に働く

ことがメリットのひとつです。

しかしながら、メディカルビル内で開業したとしても、必ず多くの患者が来院するとは限りません。メディカルビルの選択も立地や患者動線等を調査し、決定することが必要です。

メディカルビル自体は良好な立地条件で建築していることが多いですが、立地が良いということは競合医療機関も多数あるということです。充分な診療圏調査に基づいて、マーケティング活動を行うことが必要です。

また、メディカルビル開業では、同ビル内の各クリニックとの連携が期待でき、ビル内クリニック相互の患者紹介が見込めるため、メリットの一つとして相乗効果が得られます。尚、複数の診療科が開業している訳ですから、医院数や職員数にあわせた駐車場の確保が必要です。

■戸建診療所建築のポイント

戸建診療所は建築デザインの自由度が高いこと、地域への密着が強く、高い信頼感で患者が見込めることや在宅医療への取り組みがしやすい、診療スペースや医療機器を診療方針に沿って決められるなど、院長自身の診療方針を可能な限り具現化できる開業形態だといえます。

描いているビジョンを達成できる診療所を現実のものとするためには、設計・施工会社の選定について、診療所建築の設計・施工に実績のある会社を選ぶことが最も重要なポイントです。

動線の問題、利便性、医療機器の配置など、将来にわたって使いやすい診療所とすることを目指して、実績を持ち、先生方の診療方針を理解できる会社を見つけましょう。

また、駐車場をどれだけ確保できるかは集患上の大きなポイントですから、なるべく多くのスペースを維持し、小児科、耳鼻咽喉科など来院者に子供が多い場合には、駐輪場スペースを広めにとるなどの工夫も必要です。

ジャンル:医療制度 > サブジャンル:クリニック新規開業

スタッフの募集や面接の注意点

スタッフの募集や面接を行う際の
手配や注意点について教えてください。

募集方法は、ハローワーク、情報誌や新聞への掲載、折込みチラシ、知人への紹介、学校や人材バンクの依頼です。問題は誰が行なうかです。

コンサルティング会社、社労士事務所、広告会社、薬品・機械関係業者の協力や院長本人が行なうことになりますので、関係者との打合せが重要です。

■スタッフ募集の注意点

●募集窓口をどこにするか？

自宅はプライバシーが漏れてしまうので避けましょう。

●面接会場をどこにするか？

診療所は工事中がほとんどです。ホテルや集会所は利用料がかかります。関係業者の会議室などを借りるのも一つの方法です。

●書類選考をするのか、全員の面接を行なうのか？面接の手配は誰がするのか？

全応募者に対して面接を実施するのか、それとも書類選考を行ってから面接に進むのか決定します。面接を実施する場合、担当者を決め面接の日時と場所を設定します。また、応募者の本人確認も重要です。

●採用、不採用の通知はどのように、誰がするのか？募集時期はいつがいいのか？

転職される方もいます。最低 1 ヶ月前には採用結果が出せるよう手配しましょう。院長は通常勤務している場合が多いため、奥様やご家族、関係業者の協力が必要です。手配漏れの無いようにしましょう。

■スタッフ面接の注意点

10分から30分の間の面接時間の中で、人物を把握するのは難しい事です。最近は性格診断テストや筆記試験、小論文を書かせたりする医院も増えています。

人数や年齢構成、能力など求める人材を事前に明確にすることが重要です。

●具体的な選考ポイント

①履歴書	記入漏れや誤字脱字が無い、経歴や資格取得、趣味など本人の人間性を予想できる事項を把握します。
②面接	志望動機や前職の退職理由、性格、一般社会人としての常識、マナー、言葉遣い、医療現場での適性、相性を把握するため、事前に評価シートの作成をしておきましょう。面接は複数で行い、それぞれに評価します。
③経営理念、診療方針を伝える	相手に対してこちらの希望する人材像や開業に向けての経営理念、診療方針を伝えましょう。面接では、相手も観察していますので、充分自覚して面接に望みましょう。
④雇用条件	勤務して問題となるのは、雇用条件が違って、苦情が出る例です。雇用条件をしっかりと提示しましょう。