

週刊WEB

医業 経営

MAGA
ZINE

Vol.673 2021. 5. 18

医療情報ヘッドライン

大学病院の20年度医業収益は、
1月時点でマイナス2,196億円

▶全国医学部長病院長会議

後発医薬品の数量シェア目標、
23年度末までに全県で80%以上へ

▶経済財政諮問会議 社会保障ワーキング・グループ

週刊 医療情報

2021年5月14日号
生命科学・医学系研究等の
倫理指針に向け初会合

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2年度9月)

経営情報レポート

窓口業務の負担軽減と医療情報の一元管理
マイナンバーカード活用による
オンライン資格確認の概要

経営データベース

ジャンル:人材・人事制度 > サブジャンル:賃金制度
基本給と手当体系の見直し
職能給表作成に必要な考え方

発行:税理士法人 常陽経営

本誌掲載記事の無断転載を禁じます。

大学病院の20年度医業収益は、 1月時点でマイナス2,196億円

全国医学部長病院長会議

全国医学部長病院長会議は4月28日に、「新型コロナウイルス感染症に関する大学病院の経営状況調査（1月度）」を公表。138の大学病院（国公立私立含む）の2020年度の医業収益は、前年度と比べて1,081億円の減益となった。医業利益率は前年度比4.31%のマイナス。12月度の調査では減益は1,020億円、医業利益率はマイナス4.55%だったため若干ではあるが改善傾向にある。

ただし、「1月に入り第3波のコロナウイルス感染症患者の増加の中で収支状況についても落ち込みの状況が見受けられ」としたうえで、2020年度の医業収益がマイナス2,196億円となっていることを挙げ、大学病院の経営状況が依然として厳しいことを強く訴えている。

■手術件数が1月に減少、「第3波」の影響か

全国の国公立大学医科大学長、医学部長、附属病院長を会員とする全国医学部長病院長会議では、新型コロナウイルス感染症患者受け入れに伴う病院の経営状況を把握するため、毎月患者数や収支状況についてのアンケート調査を実施している。患者数は外来と入院で分けて推移を公表しており、外来患者数は前年度比11.1%減（475万7,000人減）。

初診患者数は19.0%減（53万1,000人減）となっており、同会議は「受診控えや紹介患者数の減少が回復していない状況」と分析している。入院患者数は前年度比9.9%減（230万1,000人減）。

今回の調査で特徴的なのは、手術件数だ。

12月は12万4,483件と、12万2,880件だった11月に比べてわずかながら増加したため回復基調に入ることが期待されたが、

1月は11万5,041件と大幅に減少。

2019年度は12月と1月を比べると微減にとどまっており（12月12万9,375件、1月12万8,535件）、季節要因は少ないと考えられるため、年末年始で新型コロナウイルスの新規陽性者数がピークに達して「第3波」に突入し、2度目の緊急事態宣言が11都府県に発令されたことが影響していると考えられる。

■交付金の受給率は2月末時点で72%

こうした厳しい経営状況下で頼りにせざるを得ないのが、政府の緊急包括支援交付金だ。

財務省の諮問機関である財政制度等審議会財政制度分科会（財政審）も、4月15日の会合で提示した資料内で「支援金が申請に沿って入金されれば医業利益の前年からのマイナスを補うことができる」としている。

一方で、実際の入金は遅れているのが実情で、4月30日に全国医学部長病院長会議が公表した「新型コロナウイルス感染症に関する緊急包括支援交付金の受給状況」によれば、2月末時点の受給率（交付決定額に対して受給した金額の割合）は72%だった。

多数の医療機関が一斉に申請しているであろうことは間違いないため、事務手続きに時間がかかるのは仕方がない状況とはいえ、ただでさえ入金までのタイムラグがある医療機関のビジネスモデルを踏まえれば、より即効性のある対応が求められる。

財政審は診療報酬の臨時措置を提言しているが、これまで以上の猛威を振るう「第4波」が到来していることを踏まえれば、金融機関などを介した柔軟な財政支援も検討しておくべきかもしれない。

後発医薬品の数量シェア目標、 23年度末までに全県で80%以上へ

経済財政諮問会議 社会保障ワーキング・グループ

厚生労働省は、4月27日にオンライン開催された経済財政諮問会議の経済・財政一体改革推進委員会社会保障ワーキング・グループの会合で、「2023年度末までに後発医薬品の数量シェアを、全ての都道府県で80%以上」にするとの目標を明らかにした。

当初、2020年9月までに後発医薬品使用割合を80%とする目標が掲げられていたが、厚労省の「令和2年医薬品価格調査（薬価調査）」によれば2020年9月の実績は78.3%と達成できていなかった。

■東京、京都、大阪が

75%以下という現状

今回示した目標については、2020年11月に厚労省幹部がすでに明らかにしていた。

11月27日に「インターフェックスジャパン」で厚労省医政局の林俊宏経済課長が講演中に言及したのだ。

さらに、数量シェア80%達成後は後発医薬品のさらなる市場拡大が難しいとして、「一律の目標を設定する段階ではなくなるだろう」と見通しを示していた。

むしろ厚労省が重視しているのは、地域による偏りを解消し、平均的に80%シェアを保てる状態をつくることのようなのだ。2020年3月のNDB（レセプトデータベース）のデータによれば、85%以上を達成している沖縄を筆頭に、80%を超えている県が11ある。

一方で、下位を見ていくと、最下位の徳島が70%以下と著しく低調なのに加え、7都府県が75%以下。厚労省は名指しをしていないが、この7都府県に人口の多い東京、京都、大阪が含まれている（最下位から数えて5～7番目）ことから、「数量シェア」はと

もかく数量自体も伸び悩んでいることは間違いない。

■不祥事による信頼回復のため

立入検査回数を増やす方針

とはいえ、数量シェアを伸ばそうと厚労省はさまざまな取り組みをしてきた。地域医師会・薬剤師会や保険者を巻き込んだ研修会など、熱心な普及啓発活動を展開。後発医薬品メーカーの工場視察も行い、品質に対する信頼性の高さを広報してきたところだが、そうした取り組みに盛大な冷や水を浴びせたのが小林加工と日医工の不祥事だ。

まず小林加工は、製造販売する経口抗真菌剤イトラコナゾール錠50「MEEK」に通常用量を超える睡眠剤が混入されているのが判明。2020年12月から自主回収が行われたが、服用患者から死亡例を含む複数の健康被害が報告された。さらに、最大手の日医工は国が承認していない工程で製造していたことが判明し、GMP（医薬品及び医薬部外品の製造管理及び品質管理の基準）違反によって業務停止命令を受ける。厚労省は、こうした事態の深刻さを当然理解しており、無通告立ち入り検査回数を増やすほか、検査手法も見直して質の向上を図ると明言。信頼回復に向けた取り組みを強化していくとしている。

また、前述の偏在化を解消するため、厚労省は2021年度中にNDBを活用して後発医薬品使用割合の「見える化」を実現していく方針を明らかにしている。都道府県、二次医療圏、年齢、薬効分類、医療機関別にソートできるようにして、分析結果は都道府県にもフィードバック。各自治体の使用促進策に活用して底上げをしていく意向だ。

医療情報①
 3省
 合同会議

生命科学・医学系研究等の 倫理指針に向け初会合

文部科学省、厚生労働省、経済産業省の3省合同の「生命科学・医学系研究等における個人情報取扱い等に関する合同会議」（座長＝福井次矢・京都大学名誉教授）の初会合が5月7日、オンライン形式で開かれた。人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針について、合同会議の下にタスクフォースを設置し、見直し作業等を行うことを決めた。

医学系研究等に係る倫理指針については、今年3月23日付で「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」および「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」を廃止し、これらを統合した「人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針」が新たに制定されている。一方、個人情報保護法については、2003年に同法が成立（05年全面施行）した後、15年の改正（17年全面施行）で3年ごとの規定の見直しが盛り込まれた。20年には、見直し規定に基づく初めての改正が行われ、現在、個人情報保護制度を官民一元化する改正案が国会で審議されている。

この日の会合で事務局は、活発化する世界の主な個人情報保護関連の立法の動きや、20年改正の情報利活用、および21年改正案の個人情報保護法に関連する経緯などについて説明したうえで、20年改正、21年改正案に対応する指針見直し検討に向けた論点案を示した。

21年改正案の内容は、以下の通り。

- ▼個人情報保護法、行政機関個人情報保護法、独立行政法人等個人情報保護法の3本の法律を1本の法律に統合するとともに、地方公共団体の個人情報保護制度についても統合後の法律において全国的な共通ルールを規定し、全体の所管を個人情報保護委員会に一元化
- ▼医療分野・学術分野の規制を統一するため、国公立の病院、大学等には原則として民間の病院、大学等と同等の規律を適用
- ▼学術研究分野を含めたGDPR（EU一般データ保護規則）の十分性認定への対応を目指し、学術研究に係る適用除外規定について、一律の適用除外ではなく、義務ごとの例外規定として精緻化
- ▼個人情報の定義等を国・民間・地方で統一するとともに、行政機関等での匿名加工情報の取り扱いに関する規律を明確化
 - としたうえで、以下の論点案を示した。
- ▼3本の法律の統合に伴い、用語の定義も統一される。個人情報保護法と指針の双方で用いられる用語（要配慮個人情報等）の定義の整合性はとれているか。

- ▼民間事業者、行政機関、独立行政法人等、民間規律の適用を受ける国公立の病院、大学等における個人情報の取り扱いについて、指針に統一的な規定をおくことは可能か。
- ▼医療分野・学術分野における個人情報の取り扱いにおいて、倫理指針およびそのガイダンスの位置づけと個人情報保護法令および個人情報保護委員会が定める指針やガイダンスとのすみ分けをどのように整理するか。
 - ▼法の規定が適用される事項について、指針に規定は設けず、ガイダンスにおいて生命科学・医学系研究分野における取り扱いの考え方などを解説する程度とするか。引き続き、指針に規定を設けていくか。
 - ▼法の適用が除外される事項について、学術研究機関等は、個人情報の取扱いの適正を確保するために必要な措置を講じ、かつ、当該措置の内容を公表するよう努めることとされているところ、現行の指針同様、引き続き、指針に所要の手続きについての規定をおき、これに代えることとできるか。
- ▼地方公共団体に係る個人情報保護制度との一本化に伴う見直しについては、検討時期も含め、今後の個人情報保護委員会における検討状況を踏まえて検討していくことでよいか。

また、20年改正に関しても、それぞれ論点を示した。（以降、続く）

医療情報②
 会見で
 田村厚労相

医療ひっ迫地域に 看護師105人派遣へ

田村憲久厚生労働相は5月11日の閣議後の記者会見で、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の感染拡大に伴って医療がひっ迫している地域への看護師の派遣について、地域医療機能推進機構（JCHO）や国立病院機構（NHO）、日本赤十字社、労働者健康安全機構の労災病院など全国76の公的医療機関から、合わせて105人の看護師の派遣が可能との回答を得たことを明らかにした。このうち、重症者に対応できる看護師は25人。

田村厚労相は、「しっかりと医療機能というもの、病床機能というものの確保ということでご尽力いただいた」とし、あらためて謝意を示した。スタートは6月1日とし、準備に入っているとした。また、今後も各医療機関に協力を依頼する意向を示した。

■モデルナワクチン、順調ならば今月中に承認

田村厚労相は、モデルナ社と武田のワクチンについても記者の質問に答え、10日に国内の治験データがPMDAに提出されたことを受け「まずはPMDAで審査する。（これまでの経過からすれば）順調にいけば今月中には承認ということが予測される。我々としては手続きに則って進めてまいりたい」などと述べた。

最近の医療費の動向

/ 概算医療費(令和2年度9月)

厚生労働省 2021年2月4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					国民健康保険	(再掲)未就学者		75歳以上
		被用者保険	本人		家族					
平成28年度	41.3	23.9	12.3	6.5	5.2	11.5	1.4	15.3	2.1	
平成29年度	42.2	24.1	12.8	6.9	5.3	11.3	1.4	16.0	2.1	
平成30年度	42.6	24.0	13.1	7.1	5.3	10.9	1.4	16.4	2.1	
令和元年度 4~3月	43.6	24.4	13.5	7.4	5.3	10.9	1.4	17.0	2.2	
4~9月	21.6	12.1	6.6	3.6	2.6	5.4	0.7	8.5	1.1	
10~3月	21.9	12.3	6.9	3.8	2.7	5.4	0.7	8.6	1.1	
3月	3.7	2.1	1.2	0.6	0.4	0.9	0.1	1.4	0.2	
令和2年度 4~9月	20.5	11.3	6.2	3.5	2.3	5.1	0.5	8.1	1.1	
4月	3.3	1.8	1.0	0.6	0.3	0.8	0.1	1.3	0.2	
5月	3.1	1.7	0.9	0.5	0.3	0.8	0.1	1.3	0.2	
6月	3.5	1.9	1.1	0.6	0.4	0.9	0.1	1.4	0.2	
7月	3.6	2.0	1.1	0.6	0.4	0.9	0.1	1.4	0.2	
8月	3.5	1.9	1.1	0.6	0.4	0.9	0.1	1.4	0.2	
9月	3.5	1.9	1.1	0.6	0.4	0.9	0.1	1.4	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。

●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					
平成28年度	32.5	21.7	16.3	15.4	16.1	33.9	21.3	93.0	
平成29年度	33.3	22.1	16.7	15.8	16.4	34.9	21.6	94.2	
平成30年度	33.7	22.2	16.9	16.0	16.6	35.3	21.9	93.9	
令和元年度4～3月	34.5	22.6	17.4	16.5	16.9	36.4	21.9	95.2	
	4～9月	17.1	11.2	8.5	8.1	8.3	18.0	11.0	47.5
	10～3月	17.4	11.4	8.8	8.4	8.5	18.4	10.9	47.7
	3月	2.9	1.9	1.5	1.4	1.4	3.1	1.6	8.0
令和2年度4～9月	16.3	10.5	8.0	7.8	7.3	17.4	8.3	45.0	
	4月	2.6	1.7	1.2	1.2	1.1	2.8	1.3	7.4
	5月	2.5	1.6	1.2	1.2	1.1	2.6	1.2	7.0
	6月	2.8	1.8	1.4	1.3	1.2	3.0	1.4	7.6
	7月	2.9	1.9	1.4	1.4	1.3	3.1	1.5	7.8
	8月	2.8	1.8	1.4	1.3	1.3	2.9	1.4	7.5
	9月	2.8	1.8	1.4	1.3	1.3	3.0	1.5	7.6

注) 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								
平成28年度	41.3	32.8	15.8	14.2	2.9	7.5	0.8	0.19	16.5	21.7	2.9	
平成29年度	42.2	33.5	16.2	14.4	2.9	7.7	0.8	0.22	17.0	22.1	2.9	
平成30年度	42.6	34.0	16.5	14.6	3.0	7.5	0.8	0.26	17.3	22.0	3.0	
令和元年度4～3月	43.6	34.7	16.9	14.9	3.0	7.7	0.8	0.30	17.6	22.6	3.0	
	4～9月	21.6	17.3	8.4	7.4	1.5	3.8	0.4	0.15	8.7	11.2	1.5
	10～3月	21.9	17.5	8.5	7.5	1.5	3.9	0.4	0.16	8.9	11.4	1.5
	3月	3.7	2.9	1.4	1.2	0.3	0.7	0.1	0.03	1.5	1.9	0.3
令和2年度4～9月	20.5	16.3	8.0	6.9	1.4	3.7	0.4	0.17	8.3	10.5	1.4	
	4月	3.3	2.6	1.3	1.1	0.2	0.7	0.1	0.03	1.3	1.7	0.2
	5月	3.1	2.5	1.2	1.0	0.2	0.6	0.1	0.03	1.3	1.6	0.2
	6月	3.5	2.8	1.3	1.2	0.3	0.6	0.1	0.03	1.4	1.8	0.3
	7月	3.6	2.9	1.4	1.2	0.3	0.6	0.1	0.03	1.4	1.9	0.3
	8月	3.5	2.8	1.4	1.2	0.2	0.6	0.1	0.03	1.4	1.8	0.2
	9月	3.5	2.8	1.4	1.2	0.3	0.6	0.1	0.03	1.4	1.8	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			
平成28年度	25.6	25.4	4.7	16.6	4.2	8.3	0.17
平成29年度	25.6	25.4	4.7	16.5	4.2	8.4	0.20
平成30年度	25.4	25.2	4.7	16.4	4.2	8.4	0.23
令和元年度 4～3月	25.2	25.0	4.7	16.1	4.2	8.4	0.27
4～9月	12.7	12.6	2.3	8.1	2.1	4.2	0.13
10～3月	12.6	12.4	2.3	8.0	2.1	4.2	0.14
3月	2.1	2.0	0.4	1.3	0.4	0.7	0.02
令和2年度 4～9月	11.2	11.1	2.2	7.0	1.9	3.7	0.15
4月	1.8	1.7	0.4	1.1	0.3	0.6	0.02
5月	1.7	1.7	0.4	1.0	0.3	0.6	0.02
6月	1.9	1.9	0.4	1.2	0.3	0.6	0.03
7月	2.0	2.0	0.4	1.3	0.3	0.7	0.03
8月	1.9	1.9	0.4	1.2	0.3	0.6	0.03
9月	1.9	1.9	0.4	1.2	0.3	0.6	0.03

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					
平成28年度	16.1	33.8	35.5	8.5	6.9	9.0	11.1	13.1
平成29年度	16.5	34.5	36.2	8.7	7.0	9.2	11.1	13.4
平成30年度	16.7	35.4	37.1	8.9	7.1	8.9	11.3	13.5
令和元年度 4～3月	17.3	36.2	37.9	9.2	7.2	9.2	11.4	14.0
4～9月	17.1	35.9	37.5	9.1	7.2	9.1	11.4	13.8
10～3月	17.5	36.6	38.2	9.3	7.3	9.2	11.5	14.2
3月	17.9	36.8	38.5	9.5	7.4	9.9	11.5	14.8
令和2年度 4～9月	18.2	36.5	38.2	9.8	7.7	9.9	11.5	15.0
4月	18.7	35.9	37.6	9.7	7.7	10.7	11.4	15.7
5月	18.5	34.8	36.5	9.9	7.6	10.1	11.5	15.3
6月	17.9	37.2	38.9	9.7	7.7	9.7	11.4	14.7
7月	18.0	37.1	38.8	9.7	7.7	9.8	11.4	14.8
8月	18.3	36.7	38.4	9.8	7.8	9.7	11.5	14.8
9月	18.1	37.1	38.8	9.8	7.8	9.7	11.5	14.8

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。



経営情報
レポート
要約版



医業経営

窓口業務の負担軽減と医療情報の一元管理 マイナンバーカード活用による オンライン資格 確認の概要

1. オンライン資格確認導入の背景とその概要
2. オンライン資格確認を導入するメリット
3. 医療機関における準備作業と留意点
4. クリニック導入事例と厚生労働省Q&A



参考資料

【厚生労働省】：オンライン資格確認の導入について（医療機関・薬局、システムベンダ向け）
第142回社会保障審議会医療保険部会資料

1

医業経営情報レポート

オンライン資格確認導入の背景とその概要

■ オンライン資格確認の導入背景

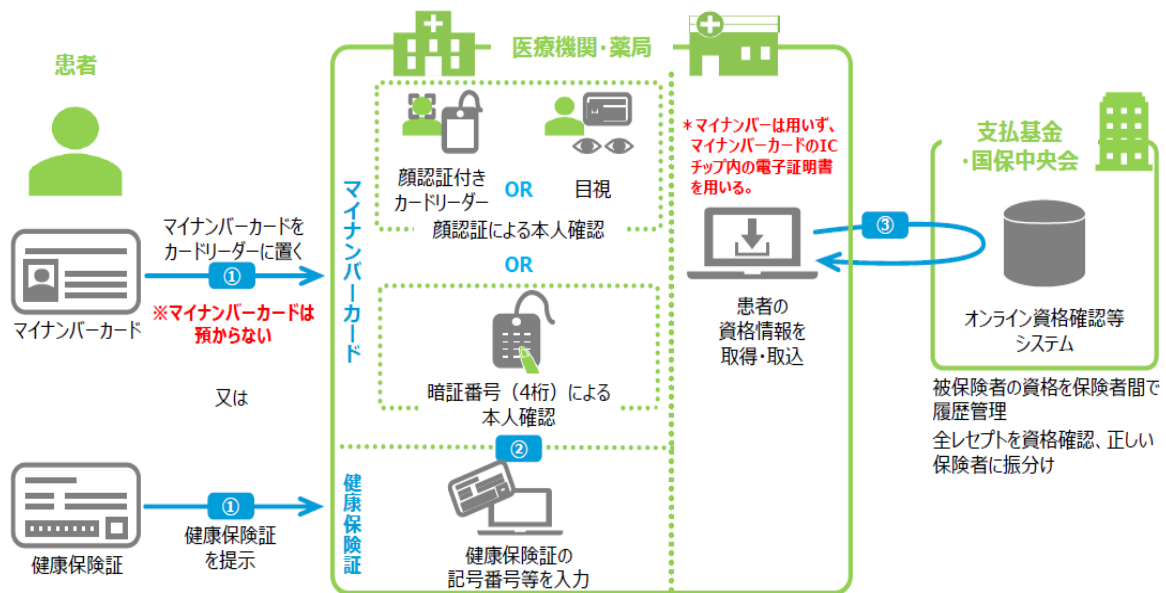
(1) オンライン資格確認とは

オンライン資格確認は、患者が持参したマイナンバーカードのICチップまたは健康保険証の記号番号などによりオンラインで資格確認を行うことができる新制度です。

「資格確認」とは医療機関・薬局の窓口で、患者の保険資格情報を確認することで、この新制度の利用が開始された場合、その患者が現在、保険診療を受ける資格があるのか、即時オンライン上で確認できるようになります。

オンライン資格確認については、骨太の方針 2019 において、「2021 年3月から本格運用する」とされていましたが、医療機関等・保険者における現状と課題を踏まえ、システムの安定性確保やデータの正確性担保などの観点から、プレ運用を継続したうえで、遅くとも薬剤情報の閲覧開始を予定している 10 月までに本格運用を開始するとしています。

◆ オンライン資格確認の体系等



出典：厚生労働省 オンライン資格確認の導入について（医療機関・薬局、システムベンダ向け）

◆ オンライン資格確認の導入(マイナンバーの健康保険証利用)について

- 医療機関・薬局の窓口で、患者の直近の資格確認情報等が確認できるようになる
- 保険者を異動しても個人として資格確認が可能となるよう、被保険者記号・番号を個人単位（被保険者又は被扶養者ごと）で定める

2

医業経営情報レポート

オンライン資格確認を導入するメリット

■ オンライン資格確認の導入メリット

(1) 医療機関側のメリット

オンライン資格確認を導入することで、医療機関と患者の双方にメリットがあります。主に医療機関が受けられるメリットは以下のとおりです。

◆ オンライン資格確認のメリット(主に医療機関側)

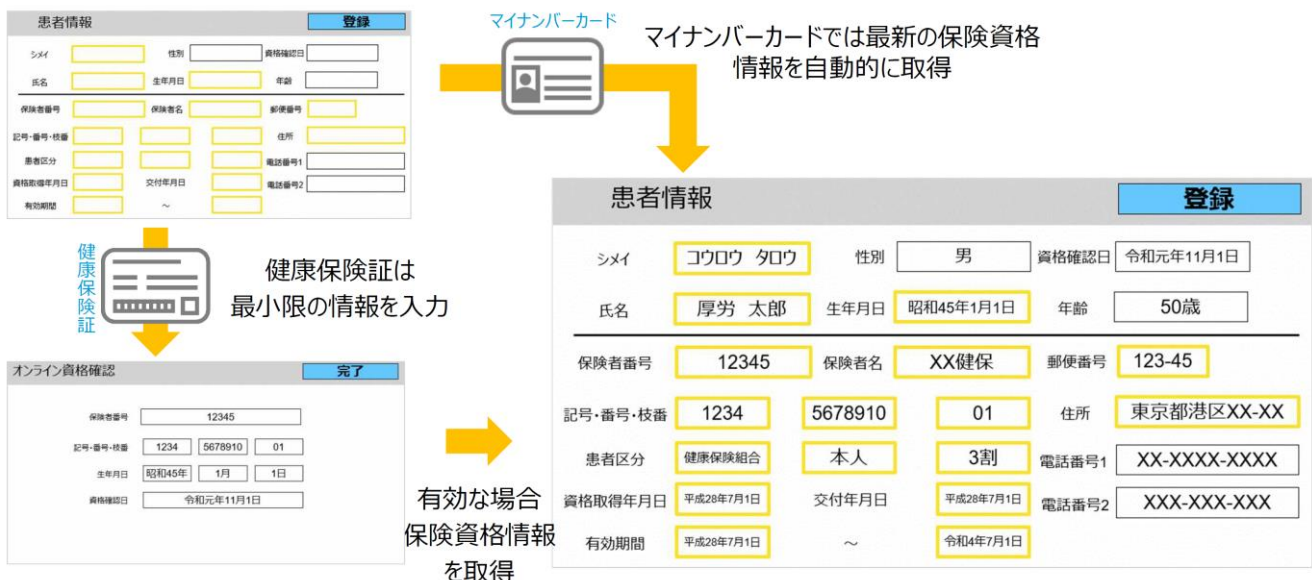
● 資格過誤によるレセプト返戻の作業削減

⇒ オンライン資格確認を導入すると、患者の保険資格がその場で確認できるようになるため、資格過誤によるレセプト返戻が減り、窓口業務が削減される。

● 保険証の入力の手間削減

⇒ 今までは受付で健康保険証を受け取り、保険証記号番号、氏名、生年月日、住所等を医療機関システムに入力する必要があったが、オンライン資格確認を導入すると、マイナンバーカードでは最新の保険資格を自動的に医療機関システムで取り込むことができる。

健康保険証での資格確認についても、最小限の入力は必要だが、健康保険証が有効であれば同様に資格情報を取り込むことができる。



● 来院・来局前に事前確認できる一括照会

⇒ 一括照会では、事前に予約されている患者等の保険資格が有効か、保険情報が変わっていないかを把握することができる。

なお、確認した保険資格が資格喪失等により無効である場合、受付時に資格確認を行う必要がある。

3

医業経営情報レポート

医療機関における準備作業と留意点

■ オンライン資格確認導入手順

オンライン資格確認の導入に向けた準備作業は以下の5ステップになります。

顔認証付きカードリーダーの提供や、システムベンダ（現在利用のレセプトコンピュータ等の業者）の現地作業までに期間を要するため、早めに顔認証付きカードリーダーの申し込みとシステムベンダへの発注が必要となります。

◆ 準備作業のステップ

ステップ1：医療機関等向けポータルサイトでのアカウント登録を行う

⇒医療機関等向けポータルサイト「<https://www.iryohokenijoho-portalsite.jp/>」から登録。

ステップ2：顔認証付きカードリーダー申し込み

⇒医療機関等向けポータルサイトにて、必要事項（希望する製品等）を入力し、申し込みを行う。

ステップ3：システムベンダへ発注

⇒導入を希望する時期と顔認証付きカードリーダーの製品名をシステムベンダに伝える。

ステップ4：導入・運用準備

⇒医療機関等向けポータルサイトにて、オンライン資格確認利用申請を行う。全ての導入作業完了後、正常にシステムが動作するかを確認する「運用テスト」をシステムベンダが行う。立会いが必要な場合があるので、医療機関・薬局側での対応内容をシステムベンダに確認する。

オンライン資格確認の導入を踏まえた受付業務等の変更点の確認を行う。

「個人情報保護の利用目的」の更新を行い、オンライン資格確認に対応していることを示すポスター・ステッカーの掲示を行う。（ポスター・ステッカーは顔認証付きカードリーダーを申し込み済の医療機関・薬局に送付される予定）

ステップ5：運用開始

⇒準備が整い次第、オンライン資格確認の運用を開始する

医療機関等は、オンライン資格確認を導入した際にポータルサイトを通して補助金を申請することができます。また、オンライン資格確認は、オンライン請求の回線環境を活用します。

ご利用できるネットワークの回線種類は、IP-VPN 接続方式（光回線に限る）と IP-sec+IKE 接続方式の2種類です。詳細は下記の URL よりご確認ください。

「https://www.ssk.or.jp/seikyushiharai/online/online_04.files/claimsys35.pdf」

4

医業経営情報レポート

クリニック導入事例と厚生労働省Q&A

■ クリニックのオンライン資格確認導入事例

(1) Aクリニックの概要

医療機関等向けポータルサイトでは、オンライン資格確認の導入事例を紹介しています。本稿では、クリニックの事例を紹介します。

◆ Aクリニックの概要

● 導入を検討した背景と経緯

当院は2013年に内科、小児科、呼吸器内科を診療科目とし、JR中央線武蔵境駅からバスで5分ほどの地に開業。開業当時、周辺は広大な林地であったが、ほどなく宅地造成が進んで100軒を超える民家や集合住宅が建設された。そのため当院の患者の年齢層は、このエリアに新居を構えた家族の子どもたちから代々この土地に住んでいるお年寄りまで幅広いのが特徴である。

現在、当院は理事長と看護師2名、事務員2名で運営。通常であれば1日平均約60人の患者を診療しているが、インフルエンザシーズンともなれば初診患者だけで30人以上が来院。さらにインフルエンザの二次感染による肺炎、気管支喘息やCOPDの増加、花粉症などが重なり、1日患者数が190人以上に達したこともある。

さまざまな疾患の患者により良い診療とサービスを提供し、必要に応じて基幹病院に紹介するため、当院では早くから電子カルテシステムを導入していた。2020年9月に電子カルテシステムの更新時、メーカーの担当者からオンライン資格確認等システムについても情報提供を受けたことが、導入を検討するきっかけになった。

(2) オンライン資格確認等システム導入理由

多数の患者が受診されると事務員の業務負担が激増し、保険資格過誤によるレセプト返戻がさらに疲労を募らせることとなります。オンライン資格確認等システムを導入することにより、事務員の負担を減らしたいと思ったことが導入のきっかけとなりました。

Aクリニックでは元々、健康保険証の入力作業に時間を要していたので、入力作業削減により事務員の負担軽減が見込めるのも一つの理由となりました。

また、オンライン資格確認等システムを導入した大きな理由として、高齢患者に「ポリファーマシー（多剤服用による薬物有害事象）」弊害がおよぶのを防ぎたかったことを挙げています。オンライン資格確認等システムの導入により薬剤情報閲覧を活用することが、薬物有害事象を防ぐうえでも必須になると考えたようです。また、特定健診データを参照できることに加え、オンライン資格確認に対する患者の理解が導入の決め手となりました。

ジャンル:人材・人事制度 > サブジャンル:賃金制度

基本給と手当体系の見直し

基本給と手当について見直したいと考えています。
 見直しのポイントについて教えてください。

■基本給の組立て

年功序列型の基本給は、職員の生活安定には寄与することとなりますが、病院業績の高低には関わらず、人件費総額を押し上げてしまうため、経営ビジョンとかけ離れた結果をもたらす場合があります。従って、年功給部分は、職員のうちのサービス提供者の若年層のみを対象とし、それ以外の層については排除します。若年層の職員は成長が早く、かつ生活の安定も必要なため、経験給という形で年功部分を残し、制度を運用します。

従来の基本給は、階層がなく単一に構成されていたために、支給意義が非常に曖昧となっていました。経営ビジョン達成型人事制度では、病院業績や役割責任、また発揮能力を基準として運用します。つまり、目標や評価、人件費の決定根拠を明確に打ち出しているということです。これは基本給も同様であり、役割区分ごとに基本給の支給意義や昇給・改定の根拠を明確にすることによって、役割責任と処遇の関係を構築します。

■手当体系の変更

手当体系を見直す際には、基本給同様、支給目的について検討します。

I)個々の職員への対応

基本給だけでは職員の賃金額を決める際、「きめ細かさ」に欠けるため、手当を用いて個々の職員の条件にあった賃金支給を行うこと

II)賃金はね返り防止策

基本給の昇給が超過労働時間割増賃金、賞与、退職金のアップにつながることから、諸手当に賃金を配分し、これらの算定基礎額が膨れ上がらないようにすること

III)労働意欲の刺激

年功的な基本給体系では醸成できない労働意欲の刺激を、諸手当の一部に与えること

これらの目的に合致しない手当については、廃止も含めて検討します。精皆勤手当を例に挙げると、職員の少ない部署では、一人でも欠勤されると業務に多大なる支障が出ます。この場合の精皆勤手当の目的は、欠勤をなくし全職員が揃うこととなります。

しかし、職員数の多い病院ではいかがでしょうか。精皆勤手当を多くの職員に支給する意義はないように思われます。それよりも有給休暇と精皆勤手当の取扱や給与計算等、複雑さが増し、業務効率のダウンに結びついている病院が多く見受けられます。

また、一般企業では住宅手当や扶養手当といった生活手当の廃止や縮小が進んでいます。これらの手当も経営ビジョンと照らし合わせた上で、今後の支給を検討して下さい。

ジャンル:人材・人事制度 > サブジャンル:賃金制度

職能給表作成に必要な考え方

職能給表の作成に必要な考え方を教えてください。

職能給表を作成するためには、まず設計の型を作り、職能給傾斜の決定、昇給シミュレーションを行った上で職能給表としてまとめます。

(1)設計の型の作成

職能給表設計には様々なタイプがありますが、ここでは代表的なものについて紹介します。同一等級内の賃金には、号俸を用いた上で幅をもたせます。

これは同一等級内でも、さまざまな能力の幅を持って、各付けされるためです。等級間の賃金には、多少の重複を認める方法を採用します。

特に能力主義人事制度への移行時は、各職員の現在の賃金を継承するため、運用がしやすくなります。ただし、重複型を採用するにしても、2つ上の等級と重複することは避けます。

最後に、等級内の昇給カーブですが、1つの等級に留まっていれば、能力の伸びは逓減するので、上位号俸になると昇給額も減少する逓減型が理想的です。

(2)職能給傾斜の決定

職能給傾斜を昇格昇給と習熟昇給にどのように配分するかで、基本給の性格が変わります。

昇格昇給を高くすると、職能給は格差の厳しいものになり、定昇も小さくなります。一方、習熟昇給を大きくすると、職能給は刺激の少ない年功給に近いものになってしまいます。

■昇格昇給とは

上位等級に昇格した際に昇給させる方法です。例えば、4等級から5等級へ昇格したとき、2,500円昇給させます。これは等級間に賃金格差を設けるための機能を有しています。

■習熟昇給とは

毎年、上位等級へ昇格するとは、限りません。そこで習熟昇給といい等級はそのままですが、その等級内の仕事や能力に深まりがみられた場合、昇給が行われます。

通常は、等級内の号俸という形で賃金が決定されており、号俸が上がることによって昇給することになります。この昇給は、毎年昇給する定昇部分になります。

(3)昇給シミュレーション

各職員の等級を決定した上で、現行賃金を新制度に移行し、数年先までの昇給シミュレーションを実施します。また、職能資格等級フレームで設定したモデル経験年数をもとに、標準昇給した場合のシミュレーションも実施し、職能給表の検討を行います。