

週刊WEB

医療経営

MAGA
ZINE

Vol.759 2023.2.14

医療情報ヘッドライン

**21年度の健保組合医療費を公開
医科入院外は前年度比13.2%増**

▶健康保険組合連合会

**5類変更で1月に約4,500万円の影響
全国医学部長病院長会議が試算**

▶全国医学部長病院長会議

週刊 医療情報

2023年2月10日号

**感染症の入院対応
500施設などの整備を提案**

経営TOPICS

統計調査資料

**医療施設動態調査
(令和4年9月末概数)**

経営情報レポート

**処方・調剤のDX化に向けた
電子処方箋の概要**

経営データベース

ジャンル:人材・人事制度 > サブジャンル:クリニックの人事制度
**能力主義人事制度の導入
職務調査の方法**

京都税理士法人
KYOTO CERTIFIED TAX ACCOUNTANT COMPANY

京都本社
〒601-8328 京都市南区吉祥院九条町30番地1 江後経営ビル
TEL: 075-693-6363 FAX: 075-693-6565
滋賀本社
〒525-0059 滋賀県草津市野路1丁目4番15号 センシブルBLDG ZEN 6 階
TEL: 077-569-5530 FAX: 077-569-5540

本誌掲載記事の無断転載を禁じます。

21年度の健保組合医療費を公開 医科入院外は前年度比13.2%増

健康保険組合連合会

健康保険組合連合会は2月2日、「令和3年度 健保組合医療費の動向に関する調査」を公開。2021年度の健保組合医療費の総額は4兆8,132億円で、前年度比4,020億円増（9.1%増）となった。

診療区分別に見ると、前年度から最も伸びたのは訪問看護療養費で伸び率は14.6%。

次いで伸び率の高かったのは入院外で13.2%、入院6.8%、調剤6.2%、歯科5.3%と続く。また、1人当たり医療費は医科入院外が14.3%と大きく増加。受診率も医科入院外は9.5%と増加している。

■「受診控え」からの回復傾向は明らか

コロナ禍は、患者の受診行動に多大な影響を与えた。第1回目の緊急事態宣言が発令された2020年4月から、医療機関内でのコロナ感染を避けるため「受診控え」が発生。

同時に、コロナ患者対応を見据えて予定入院や予定手術の延期も行われ、結果として医療費は大きく減少した。2022年11月に発表された2020年度の国民医療費は前年度比3.2%減。減少自体は4年ぶりだったが、減少幅は国民皆保険となった1961年度以降で最も大きかった。

そのため、今回発表された2021年度の前年比の数字が大きくても、単純に回復したとは言いきれない。ただし、同日に公開された「健保組合医療費（医療保険医療費）最近の動向【令和4年11月診療分】」を見ると、回復基調にあることは間違いないようだ。

昨年11月分の医科入院外1人当たり医療費の前年伸び率は、14.62%。10月こそ9.39%と10%を割ったが、7月が

16.78%、9月が13.88%で、特に8月は21.50%と大きく伸びた。

ちなみに、「受診控え」の影響が軽微だったとされる歯科の昨年11月診療分は伸び率0.69%。10月はマイナス0.32%となっているほか、医科入院外が大きく伸びた8月ですら2.44%とさほど伸びていない。

■コロナ禍で呼吸器疾患が減少

コロナ禍前からの変化で注目したいのは、疾病分類別の医療費構成割合だ。2019年度で最も多かったのは呼吸器疾患で、医科全体で14.3%、医科入院外だと17.0%を占めていた。次いで多いのは医科全体だと新生物11.9%、循環器系疾患9.7%、内分泌・栄養・代謝疾患9.4%だった（金額で見ると呼吸器系疾患は5,052億円、新生物4,180億円、循環器系疾患3,427億円）。

ところが、今回公開された2021年度のデータを見ると、医科全体のトップは新生物に代わり（12.1%）、呼吸器疾患は2位となっている（10.3%）。ちなみに医科入院外のトップは内分泌・栄養・代謝疾患で12.0%、次いで呼吸器疾患11.9%。入院外だと呼吸器疾患は5.1ポイントも低下した形だ。

統計上、コロナ禍で呼吸器疾患が減ったことは明らかであり、明確な因果関係を証明するのは困難だが、マスク装着や手洗いといった感染症防止対策が好結果を導き出したと見るのが自然だろう。政府は5月に新型コロナウイルスを5類へ移行することを決定しており、マスク着用を推奨する場面の見直しも検討しているが、その結果がどう影響するか引き続き統計を注視していく必要があるだろう。

5類変更で1月に約4,500万円の影響 全国医学部長病院長会議が試算

全国医学部長病院長会議

全国の国立私立大学の医学部長や大学病院長を会員とする全国医学部長病院長会議は、2月3日に加藤勝信厚生労働相などへ「皆の健康を守る医療を維持するために—新型コロナウイルス5類に向けて—」と題した要望書を提出。「5類になっても大学病院が行う診療提供体制については変わりません」とし、「2類に基づいた加算、コロナ特例加算、看護配置、病床の確保や一部病床の閉鎖などを継続するよう求めた。

また、「参考資料」として「5類変更による影響額」も提示。それによれば、1大学病院1月あたり4,453万8,189円の影響があるとしている。

■5類移行後も大学病院は「ゼロコロナ」対応

新型コロナウイルス感染症は、感染症法上「2類相当」とされてきた。感染症法では、重症化リスクや感染力に応じて国や自治体が行える措置の内容を定めている。1類から5類まで5種類があり、最も危険な1類はエボラ出血熱やペストなど。2類は結核、SARS（重症急性呼吸器症候群）など、3類はコレラや腸チフスなど、4類はサル痘、黄熱、狂犬病など、5類は季節性インフルエンザ、梅毒などが分類されている。

2類は感染者に就業制限や入院勧告ができ、医療費は全額公費負担される。一方、5月から新型コロナウイルス感染症が移行する5類は、就業制限や入院勧告ができない。医療費も一部自己負担が発生する。

しかし、医療機関側、とりわけ診療での対応は、全国医学部長病院長会議が要望書に盛り込んだとおり変わらない。しかも、医療機

関には高齢者など重症化リスクの高い患者が多いため、「“ゼロコロナ”を継続」しなくてはならないとする。「免疫抑制状態などのハイリスクの方が数多く診療を受けて」いる大学病院はなおさらだ。全国医学部長病院長会議は「高度な医療を遂行するためにも“ゼロコロナ”を堅持することが重要」としたうえで、「病院内にウイルスを持ち込ませない水際対策、院内伝播を防ぐ感染対策は5類になっても、これまでと変わることなく行う必要がある」との考えを示している。

■新型コロナの加算や特例は？

なお、新型コロナウイルス感染症に関する診療報酬の加算や特例はいろいろなものがある。「2類感染症に関する加算」としては二類感染症患者入院診療加算が1日250点、新型コロナウイルス感染症回復後の転院受入が1日750点、二類感染症患者療養環境特別加算（個室）が1日300点、2床室の場合は1日200点。

さらに、「特定集中治療室管理料等を算定する病棟における管理を要すると医学的に判断される場合」は、重症患者に該当するとして所定点数の3倍が算定可能だ。

救命救急入院料は1日30,669～35,406点、特定集中治療室管理料は1日29,091～42,633点、小児特定集中治療室管理料は1日48,951点、ハイケアユニット入院医療管理料は1日12,672～20,565点、総合周産期特定集中治療室管理料（母体・胎児集中治療室）は1日22,143点、新生児集中治療室管理料は1日25,302～31,617点となっている。

医療情報①
 厚生労働省
 検討会

感染症の入院対応 500施設などの整備を提案

厚生労働省は2月2日、「第22回第8次医療計画等に関する検討会」（座長＝遠藤久夫・学習院大学経済学部教授）を開催し、昨年12月開催の同検討会で、積み残しとなった新興感染症対策について審議した。事務局は議論に当たり、新興感染症に備え都道府県と医療機関が結ぶ協定について、これまでの新型コロナウイルス感染症の状況を踏まえ、流行初期に対応する協定締結医療機関を全国で500施設程度、入院患者の重症者受け入れ数を約1500人、発熱外来は全国で1500施設を目安とする考えを示した。また、特に配慮が必要な患者（精神疾患を有する患者、妊産婦、小児、透析患者、障害児者、認知症患者、がん患者、外国人など）については、別途、各都道府県の実情に応じて病床確保を求めていく考えだ。

現在、国は「厚生科学審議会感染症部会」（部会長＝脇田隆字・国立感染症研究所所長）などにおいて、感染症法に基づく予防計画策定の議論がなされており、それらとの整合を図る必要もあり、可能な限り早めの指針の取りまとめを行いたいとしている。

●約1500人の重症者の受け入れが目安

同日の検討会で事務局は、都道府県と医療機関との協定締結に当たり、以下とする基本的な考え方（方針案）を示した。

- ▼都道府県が医療機関（病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション）の現状の感染症対応能力や協定締結・内容拡大のための課題やニーズなどの調査を行い、新型コロナ対応の実績も参考にして医療機関の機能や役割に応じた内容の協定を締結する
- ▼感染症対応と併せた通常医療確保のための調査や、医療審議会などを含む協議のプロセスも活用することで、広く地域における医療機関の機能や役割を確認し、医療提供の分担・確保を図る

その上で、以下の項目ごとの基準案も提示した。

- ▼病床関係
- ▼発熱外来関係
- ▼自宅・宿泊療養者・高齢者施設での療養者などへの医療の提供関係
- ▼後方支援関係
- ▼人材派遣関係

具体的には、流行初期から対応する能力を有する入院医療機関について、新型コロナ対応時（2021年11月時点）、全国で重点医療機関が1500程度（うち総病床数400床以上の重点医療機関が500程度）であったことを参考に、流行初期医療確保付き協定締結医療機関を500程度、入院患者数は約1万5000人、うち重症者数はその1割の約1500人の受

け入れを目安とする。そして、流行初期医療確保措置の対象となる協定の入院基準は、以下とした。（以降、続く）

- ▼病床を一定数（例えば 30 床）以上確保し、その全てを流行初期から継続して対応する旨を内容とする協定を締結していること（また、これに相当する水準で都道府県知事が適当と認める内容の協定を締結していること）
- ▼都道府県知事からの要請後、原則 1 週間以内に即応化すること
- ▼流行初期時の都道府県知事の要請に即応することで、後方支援機関（後方支援の協定を締結する医療機関）との連携なども含めた一般患者の対応病床確保の影響などについて、あらかじめ確認を行うこと

医療情報②
 厚生労働省
 検討会

重症病床・一般病床との 両立も重要な論点に

2月2日に開かれた「第22回第8次医療計画等に関する検討会」（座長＝遠藤久夫・学習院大学経済学部教授）では、構成員からさまざまな意見が挙がった。今村知明構成員（奈良県立医科大学教授）は、「今回、重症病床を特記してもらったのはありがたい」と評価した上で、「コロナにおいて死亡率を左右したのはICUが確保できたかに尽きる。一番時間がかかるころではどれだけICUの看護師を確保できたことに起因している。今後、重症病床をどうするかは極めて重要な課題であり、踏み込んだ議論を求める。また、一般病棟においてコロナ病床を立ち上げるには、7対1ではなく、実際は4対1の看護体系が必要となる。重症病床と一般病床との両立は難しく、これをどう考えるかも重要な論点だ」と指摘した。

大屋祐輔構成員（全国医学部長病院長会議理事）は、各都道府県が地域の実情に合わせた感染症対策を検討する際の課題として、「体外式膜型人工肺（ECMO）を扱える医療者の育成がうたわれているが、災害有事やウィルス感染のフェーズに合わせた対応ができる人材を医療のトップや行政の担当部署にも置くことが重要であり、そうした人材をどのように養成するかについても考える必要がある」との考えを示した。

田中滋構成員（埼玉県立大学理事長）は、「これまで高齢者施設は人により自由な使い方がされており、その時々で通所施設や老健施設、グループホームが含まれたり含まれなかったりしてきた。今回、医療機関の中に高齢者施設が入っている。そうであれば高齢者施設が何であるかを明確にする必要がある」と発言し、医政局と老健局の密な連携による情報整理を求めた。

江澤和彦構成員（日本医師会常任理事）は、「コロナ禍における都道府県の重点医療機関・協力医療機関の指定や判断にはばらつきが見られた。『感染対策向上加算』など診療報酬にも影響する話であり、国がガイドライン策定などに関与し地域差解消を図ってほしい」と言及。（以降、続く）

医療施設動態調査 (令和4年9月末概数)

厚生労働省 2022年11月30日公表

病院の施設数は前月に比べ 増減なし、病床数は 237床の増加。
 一般診療所の施設数は 124施設の増加、病床数は 188床の減少。
 歯科診療所の施設数は 4施設の増加、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				病床数		
	令和4年 9月	令和4年 8月	増減数		令和4年 9月	令和4年 8月	増減数
総数	181 104	180 976	128	総数	1 573 451	1 573 402	49
病院	8 156	8 156	-	病院	1 492 957	1 492 720	237
精神科病院	1 056	1 056	-	精神病床	321 828	322 011	△ 183
一般病院	7 100	7 100	-	感染症 病床	1 909	1 909	-
療養病床を 有する病院 (再掲)	3 458	3 459	△ 1	結核病床	3 863	3 863	-
地域医療 支援病院 (再掲)	671	670	1	療養病床	278 694	278 889	△ 195
				一般病床	886 663	886 048	615
一般診療所	105 189	105 065	124	一般診療所	80 436	80 624	△ 188
有床	5 958	5 972	△ 14				
療養病床を有 する一般診療 所(再掲)	586	587	△ 1	療養病床 (再掲)	5 745	5 762	△ 17
無床	99 231	99 093	138				
歯科診療所	67 759	67 755	4	歯科診療所	58	58	-

2 開設者別にみた施設数及び病床数

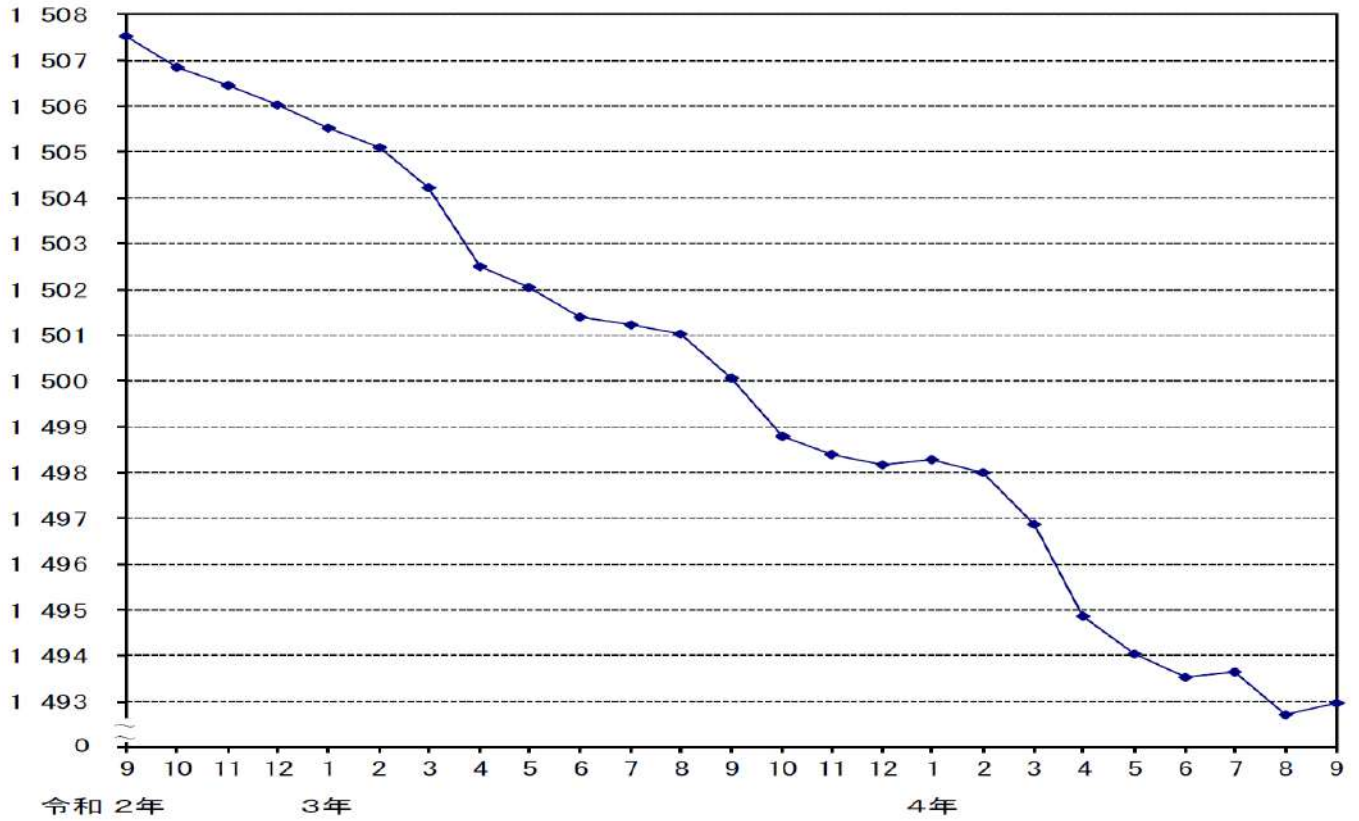
令和4年9月末現在

	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	8 156	1 492 957	105 189	80 436	67 759
国 厚生労働省	14	4 168	21	-	-
独立行政法人国立病院機構	140	52 486	-	-	-
国立大学法人	47	32 735	147	-	-
独立行政法人労働者健康安全機構	32	11 864	1	-	-
国立高度専門医療研究センター	8	4 078	-	-	-
独立行政法人地域医療機能推進機構	57	15 259	5	-	-
その他	18	3 322	367	2 173	4
都道府県	188	46 398	321	186	7
市町村	599	120 834	3 462	2 007	251
地方独立行政法人	129	51 714	38	17	-
日赤	91	34 460	203	19	-
済生会	82	22 107	56	10	1
北海道社会事業協会	7	1 622	-	-	-
厚生連	99	31 403	66	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	7	1 569	282	-	2
共済組合及びその連合会	39	12 937	139	-	4
国民健康保険組合	1	320	13	-	-
公益法人	188	46 354	480	146	93
医療法人	5 658	834 330	45 967	62 738	16 241
私立学校法人	113	56 260	206	38	16
社会福祉法人	200	33 923	10 369	400	45
医療生協	79	13 087	293	182	48
会社	27	7 823	1 630	10	12
その他の法人	207	43 014	1 054	414	136
個人	126	10 890	40 069	12 052	50 899

参 考

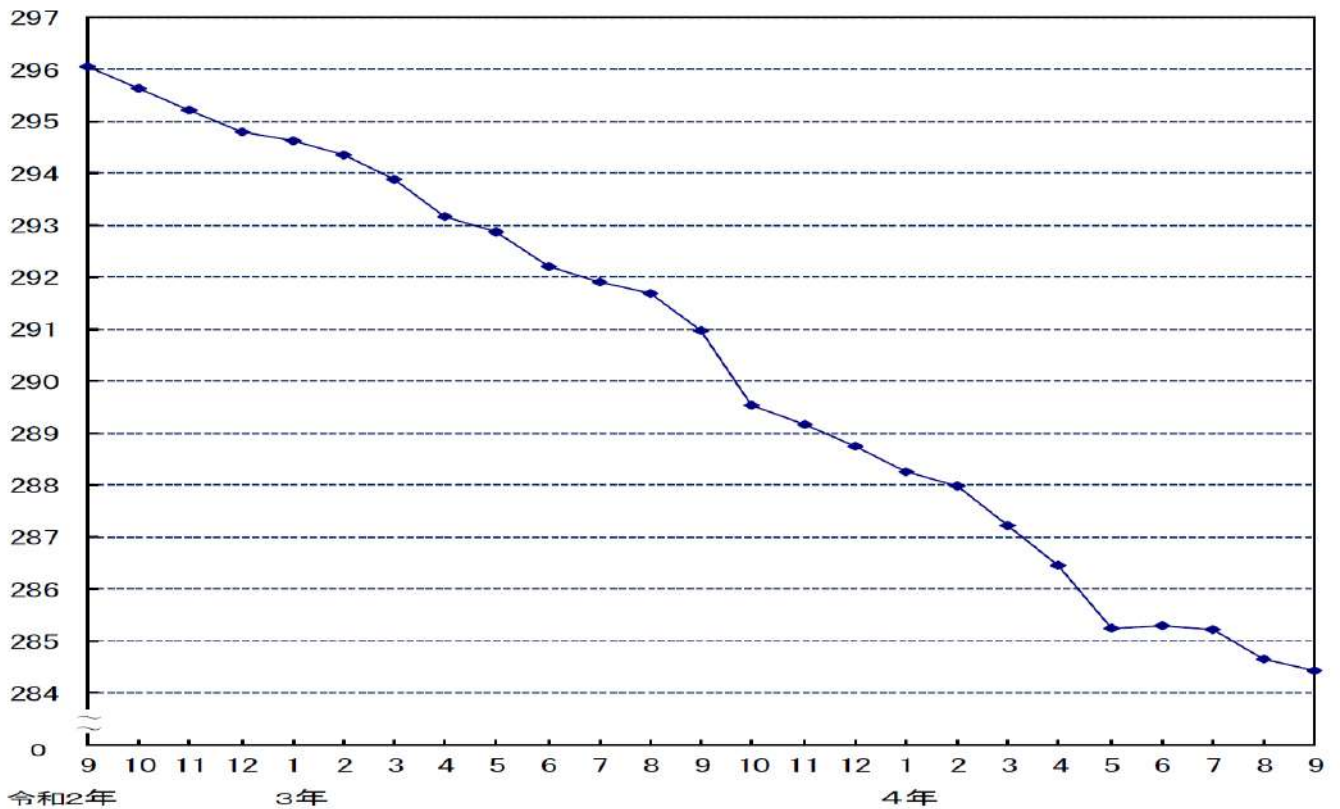
病床（千床）

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





処方・調剤のDX化に向けた

電子処方箋の概要

1. DX化の推進と電子処方箋の概要
2. 導入のメリット・デメリット
3. 導入に向けた環境整備とモデル地域
4. 導入に係る補助金と申請の流れ



参考資料

【日本薬剤師会】：医薬分業進捗状況（保険調剤の動向）【厚生労働省】：電子処方箋概要案内 病院・診療所 電子処方箋管理サービスの運用について 電子処方箋の運用開始に向けて モデル事業概要と医療DXの取組について 電子処方箋モデル事業について モデル地域毎の参加予定施設（令和5年1月4日更新）令和4年度地域診療情報連携推進費補助金について(電子処方箋導入促進のためのHPKI 普及事業)【概要】
【オンライン資格確認・医療情報化支援基金関係】：医療機関等向けポータルサイト

1

医業経営情報レポート

DX化の推進と電子処方箋の概要

近年の医療業界では、オンライン資格確認システムの導入など、様々な分野でDX（デジタルトランスフォーメーション）化が進んでいます。そんな中、処方箋についても令和5年1月26日から電子処方箋管理サービスの運用が開始されました。

処方箋の電子化は、紙での処方箋が多い国内の医療現場に大きな影響を与えると考えられ、特に外来患者の割合が多い「診療所」については、処方箋の交付方法の変更に伴い、運営への影響は大きいといえます。

今回は処方箋の交付状況や電子処方箋についての概要、メリット・デメリットなどについて触れ、モデル地域や導入に係る補助金と申請の流れについてご紹介します。

■ 処方箋交付枚数の推移

日本薬剤師会が公開している過去5年間の医薬分業進捗状況によると、処方箋の交付枚数は令和元年度まで増加傾向にありました。しかし、令和2年度は新型コロナウイルス感染症による受診控えなどの影響により減少しています。その後、令和3年度になり再び増加しています。

◆ 過去5年間の処方件数・処方箋枚数・調剤点数の推移

	件数（件）	処方箋枚数（枚）	調剤点数（千点）
平成29年度	645,143,999	803,855,677	729,077,314
平成30年度	657,308,328	812,288,671	713,919,598
令和元年度	667,371,475	818,026,214	736,975,923
令和2年度	608,550,074	731,155,641	714,328,155
令和3年度	642,883,365	771,433,382	736,745,738

出典：日本薬剤師会

■ 電子処方箋の概要

電子処方箋は、オンライン資格確認などシステムの仕組みを用いて、医療機関・薬局間で電子化された処方箋の授受を行える仕組みです。また、処方箋をもとにした情報を、場所を問わずリアルタイムで参照することができるようになります。さらに、それらの情報を活用した、重複投薬などチェックもできるようになります。

電子処方箋は、インターネット上にある『電子処方箋管理サービス』を介して患者の処方情報をやり取りしています。これまでは自院が処方した情報や診療情報提供書などで伝達された情報のみで把握することとなり、それ以外の処方情報については患者の申告がない限り把握することができませんでした。これまでのように紙の処方箋による医療機関と調剤薬局の対一のやり取りだけでなく、今後は複数の医療機関で処方情報を確認することができます。

2 医業経営情報レポート 導入のメリット・デメリット

■ 医療機関、薬局における主なメリット

処方箋が電子化されることにより、紙特有の「印刷」や「保管」がなくなることによってスムーズな伝達が行われるようになるほか、厚生労働省では電子処方箋の導入について、医療機関、薬局でのメリットとして以下のとおり掲載しています。また、処方されたデータは過去3年分保存されるため、そのデータに基づいて診察、処方・調剤することが可能です。

◆ 医療機関、薬局における主なメリット

- ① 医療機関からの電子的な処方情報をもとに、薬局で処方内容の照会や後発医薬品への変更などを含む調剤業務が行われ、その結果を医療機関に戻し、次の処方情報の作成の参考にするという情報の有効利用が可能となる。
- ② 医療機関・薬局間での情報の共有が進むことで、医薬品の相互作用やアレルギー情報の管理に資することが可能となり、国民の医薬品使用の安全性の確保など公衆衛生の向上にも資する。
- ③ 医療機関では、紙の処方箋の印刷に要するコストが削減される。紙の処方箋の偽造や再利用を防止できる。
- ④ 薬局から医療機関への処方内容の照会の結果などの伝達や、先発品から後発品に調剤を変更した際の伝達がより容易になり、医療機関でも患者情報のシステムへの反映が容易になる。後発品の使用促進により、一般名処方や後発品への変更調剤が増加していることに鑑み、処方した医師・歯科医師への調剤結果の伝達が容易になることは重要である。
- ⑤ 薬局でオンライン服薬指導を実施する際、処方箋の原本を薬局に郵送する代わりに、電子的に提出可能となる。
- ⑥ 調剤に関する入力などの労務が軽減され、誤入力が防止される。調剤済みの紙の処方箋の保管スペースなどを削減できる。
- ⑦ 電子版お薬手帳などとの連携などにより、医療機関・薬局の連携や処方内容の一元的・継続的把握の効率化などに資する。
- ⑧ 医療機関・薬局では、重複投薬などチェック機能を活用することにより、患者に対する不必要な処方・調剤や併用禁忌による有害事象を事前に避けることができる。
- ⑨ 救急医療及び災害時において患者の処方・調剤情報を参照できる仕組みを構築することにより、医療関係者は患者の服用している薬剤を知ることが可能となる。

出典：厚生労働省 電子処方箋管理サービスの運用についてより抜粋

■ 患者や家族における主なメリット

厚生労働省では、電子処方箋導入のメリットが患者や家族にもあることも掲載しています。救急医療時や災害時にすぐに処方情報を得ることができるのは、患者だけでなく家族にとっても大きなメリットであると考えられます。

3

医業経営情報レポート

導入に向けた環境整備とモデル地域

■ オンライン資格確認の導入状況

今回導入される電子処方箋システムは、以前に導入されたオンライン資格確認システムの仕組みを利用して運用されています。これまでの導入状況についてみてみましょう。

顔認証付きカードリーダーの申込数は 229,760 施設中 173,304 施設となっており、全体の約 75%となっています。しかし実際に運用を開始している医療機関は 229,760 施設中 66,925 施設となっており、全体の 29.1%です。

オンライン資格確認システム自体の認知はあるものの、運用を開始している施設はまだ多くはありません。医療業界のDXの推進はまだ時間がかかりそうです。

◆ 医療機関・薬局におけるオンライン資格確認システムの導入状況

1. 顔認証付きカードリーダー申込数

173,304施設 (75.4%) / 229,760施設

※義務化対象施設に対する割合：81.4%

	全施設数 に対する割合	義務化対象施設 に対する割合
病院	89.5%	89.7%
医科診療所	67.9%	73.1%
歯科診療所	70.7%	80.2%
薬局	90.0%	92.9%

(2022/9/18時点)

参考：全施設数

病院	8,191
医科診療所	89,613
歯科診療所	70,638
薬局	61,318

2. 準備完了施設数 (カードリーダー申込数の内数)

79,733施設 (34.7%) / 229,760施設

※義務化対象施設に対する割合：37.4%

	全施設数 に対する割合	義務化対象施設 に対する割合
病院	51.3%	51.4%
医科診療所	24.6%	26.5%
歯科診療所	25.7%	29.1%
薬局	57.6%	59.5%

3. 運用開始施設数 (準備完了施設数の内数)

66,925施設 (29.1%) / 229,760施設

※義務化対象施設に対する割合：31.4%

	全施設数 に対する割合	義務化対象施設 に対する割合
病院	45.3%	45.4%
医科診療所	19.7%	21.2%
歯科診療所	20.9%	23.7%
薬局	50.3%	51.9%

注) 義務化対象施設数は、社会保険診療報酬支払基金にレセプト請求している医療機関・薬局の合計 (213,026施設) (紙媒体による請求を行っている施設を除く。令和4年6月診療分)

【参考：健康保険証の利用の登録】

22,762,935件 カード交付枚数に対する割合 37.5%

【参考：マイナンバーカード申請・交付状況】

有効申請受付数：約6,780万枚 (人口比 53.8%)
交付実施済数：約6,076万枚 (人口比 48.3%)

出典：厚生労働省 モデル事業概要と医療DXの取組について

■ 電子処方箋の導入に向けた環境整備

電子処方箋管理サービスは個人の身体・健康に関する情報を取り扱うとともに医薬品の処方に直結するという性質上、一度、不具合などの問題が発生した場合、患者をはじめとした関係者に大きな影響が及ぶ恐れがあります。

4

医療経営情報レポート

導入に係る補助金と申請の流れ

電子処方箋の導入には多大なコストが発生しますが、医療機関の規模によって補助金があります。また、医師や薬剤師の認証に必要なHPK Iカードの発行費用についても一部助成があります。

電子処方箋関係補助金については、電子処方箋管理サービスを導入するために発生した費用が対象となるため、導入後に発生したランニングコストや修理費用については補助金交付対象外となります。

■ 電子処方箋管理サービスの導入費用の補助率

電子処方箋管理システムの導入については「医療情報化支援基金」から補助があります。

補助費の上限額は導入を完了した年度によって異なり、許可病床数が200床以上の『大規模病院』が令和4年度に導入を完了した場合は162.2万円まで、令和5～6年度に導入を完了した場合は121.7万円まで補助があります。

その他の『病院』については、令和4年度に導入を完了した場合は108.6万円まで、令和5～6年度に導入を完了した場合は81.5万円まで補助があります。

『診療所』については令和4年度に導入を完了した場合は19.4万円まで、令和5～6年度に導入を完了した場合は12.9万円まで補助があります。

◆ 電子処方箋管理サービス導入費用の補助率

	大規模病院 (200床以上)	病院 (大規模病院以外)	診療所
令和4年度に 導入完了した施設	事業額の486.6万円を 上限に、その1/3を補 助	事業額の325.9万円を 上限に、その1/3を補 助	事業額の38.7万円を上 限に、その1/2を補助
上限額	162.2万円	108.6万円	19.4万円
令和5～6年度に 導入完了した施設	事業額の486.6万円を 上限に、その1/4を 補助	事業額の325.9万円を 上限に、その1/4を 補助	事業額の38.7万円を上 限に、その1/3を補助
上限額	121.7万円	81.5万円	12.9万円

※上記の上限額は、消費税分を含む費用額

出典：医療情報化支援基金より抜粋



能力主義人事制度の導入

**能力主義人事制度を
 導入する際のポイントについて教えてください。**

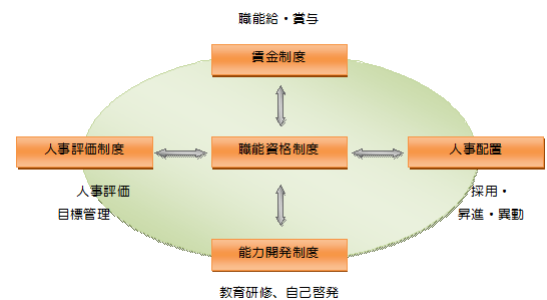
■能力主義人事制度とは

能力主義人事制度は、職能資格制度、職能給体系（賃金制度）、人事評価制度、能力開発制度という4つの柱で構成されています。具体的には、職能資格制度を軸として職員を等級格付けし、その等級に求められる能力、仕事および役割を明確化します。この等級ごとの基準に対して、人事評価を行い、職員一人ひとりの能力と基準のギャップを把握します。

このギャップを埋めるため、職員は能力開発制度のもと能力の向上に励み、その成果に対するものとして、昇給や昇進といった処遇に反映されることとなります。

■能力主義人事制度導入の手順

職能資格制度の整備から着手し、これを軸として各制度を構築していきますが、各制度は、お互いに深く関連しあっているので、各制度をトータルに整備していくことが重要です。



(1)職能資格制度の整備

能力を測る基準の整備として、職員を格付けする等級の数と内容を検討します。職務調査を実施し、等級ごとの仕事の洗い出しと求められる能力を明確にしていきます。

(2)賃金制度の確立

職能給を中心に賃金体系の見直しを図ります。賃金制度の現状を診断し、課題の把握や今後の方向性を固めます。この診断結果をもとに、基本給の構成、手当体系の変更などを進めます。

(3)人事評価制度の設計

能力を公平に正しく評価しない限り、人材育成と能力開発は達成できません。職能資格制度において明確化した基準をもとに、職員一人ひとりの職務遂行行動を分析し、評価結果をフィードバックできるシステムを形成します。そのために人事評価表や役割分担表を整備します。

(4)能力開発制度の策定

職員が能力開発に励めるよう、制度化します。職員の意志に沿った育成プログラムの充実（研修、OJT）や、キャリア開発の計画について盛り込みます。



職務調査の方法

能力主義人事制度の評価対象である能力をどのように具体化すればよいでしょうか？

等級基準を構成する能力を測り、具体化するためには、職務調査で各職種の仕事を洗い出し、各々の仕事を評価し、整理する手順が必要になります。

その中で職種別の課業一覧表と職種別等級別の職能要件書を作成することで能力を明確化します。

(1)職務調査の内容

①課業の洗い出し	自院の各職種には、どのような課業（仕事）があるのかを調べます。
②課業の評価	洗い出した課業の一つひとつは、どのくらいのレベルなのか、また、それを完全に遂行することができるのは、何等級なのかを評価します。
③等級別習熟要件の抽出	どの程度の能力（知識や技能）があれば、その課業を遂行できるのかを抽出します。
④修得要件の抽出	その課業を遂行するためには、どのような知識、技能が必要なのかを推薦図書、研修、資格免許等、具体的内容で示します。

(2)職務調査の手順

①課業の洗い出しと評価	<ul style="list-style-type: none"> i) 課業の洗い出し <li style="text-align: center;">↓ ii) 課業の大きさ、課業名の修正、部門内評価
②部門別課業一覧表の作成と配布	<ul style="list-style-type: none"> i) 課業の難易度評価 <li style="text-align: center;">↓ ii) 等級格付け <li style="text-align: center;">↓ iii) 習熟度指定
③職種別・等級別職能要件書の作成と配布	<ul style="list-style-type: none"> i) 習熟要件の等級別整理 <li style="text-align: center;">↓ ii) 修得要件の書き出し <li style="text-align: center;">↓ iii) 各人への配布