

週刊WEB

# 医療経営

MAGA  
ZINE

Vol.709 2022.2.8

医療情報ヘッドライン

**オンライン初診料、250点程度に  
対面診療点数水準と「一定程度の差」**

▶厚生労働省 中央社会保険医療協議会 総会

**オンライン資格確認で加算を新設  
カードリーダー導入促進が狙い**

▶厚生労働省 中央社会保険医療協議会 総会

週刊 医療情報

2022年2月4日号

**一般不妊治療、生殖補助医療、  
男性不妊治療で12項目新設へ**

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3年度6月)**

経営情報レポート

**給与体系を抜本的に改革する好機  
役割・能力型給与制度の構築ポイント**

経営データベース

ジャンル:医療制度 > サブジャンル:広報戦略

**ホームページ作成のポイント  
ホームページのアクセス数向上対策**

発行:税理士法人 森田会計事務所

本誌掲載記事の無断転載を禁じます。

# オンライン初診料、250点程度に 対面診療点数水準と「一定程度の差」

厚生労働省 中央社会保険医療協議会 総会

厚生労働省は、1月26日の中央社会保険医療協議会（中医協）総会で、オンライン診療の初診料・再診料を新設する方針を提示。

支払側と診療側の意見の隔たりが大きかったことから公益裁定を経て了承される形となった。気になるオンライン初診料の点数は、対面診療よりも低く設定され、250点程度となる見込みだ。

## ■届出医療機関は4割程度と伸び悩んでいる

オンライン診療は、2018年度の診療報酬改定で保険適用された。ところが、なかなか普及は進まない。原則として再診から、一定期間の対面診療を経る必要があり、対象疾患も限定されているといった要件の厳しさもさることながら、71点（月1回）という診察料の低さも足かせとなっていた。

コロナ禍で受診控えが顕著になり、特例措置で初診からオンライン診療が受けられるようになった2020年4月以降でも、実施医療機関は伸び悩んだ。2021年3月に厚労省が発表した調査結果によれば、オンライン診療料の施設基準の届出をした医療機関は40.7%。届出をしなかった医療機関の63.0%が「今後も届出の意向なし」と回答していることから、現場から“そっぽを向かれている”事実が浮き彫りになっている。

この事態は、効率的な医療を推進して医療費の抑制をしたい政府にとって望ましいとはいえない。そこで、2020年10月の経済財政諮問会議において、コロナ特例の「初診からのオンライン診療」を恒久化するよう提言。

2021年6月に閣議決定された骨太方針（経済財政運営と改革の基本方針）で、2022

年度から実施すると盛り込まれた次第だ。

## ■現行の初診料とコロナ特例の「中間程度」に

そうすると、焦点は点数水準に移る。現行の初診料は288点であり、コロナ特例でのオンライン診療での初診料は214点と設定されている。つまり、オンライン診療は対面診療の7割程度の価値だとされている状態だ。

中医協で診療側委員と支払側委員が対立するポイントはここにある。診療側は「対面診療と同等の水準」を求めているのに対し、支払側は「オンライン診療が対面診療の補完」という前提条件のもと、新たな設定を設けるべきだと主張。コロナ特例の水準を基本とすべきだという意見もあった。

これに対し、公益裁定は「オンライン診療では、対面診療との比較において、触診・打診・聴診等が実施できないことを踏まえると、点数水準に一定程度の差を設けることは妥当であると考えられる」とした。

しかし、支払側委員の要求どおりコロナ特例の水準にはせず、「オンライン診療のみで診療を終え得ることや、国民にオンラインでも適切に診療を届けていくことの重要性」も考慮し、オンライン診療の初診料・再診料を新設したうえで対面診療とコロナ特例の「中間程度の水準とすることが適当」と裁定した。

214点と288点の中間ということは、250点程度となるわけだ。果たして、この点数が医療機関にとって魅力に映るのか。

いずれにしてもオンライン診療自体は今後定着することが確定的と考えられるため、次々期改定でさらなる見直しがなされるかどうか、改定後の調査に注目したい。

# オンライン資格確認で加算を新設 カードリーダー導入促進が狙い

厚生労働省 中央社会保険医療協議会 総会

厚生労働省は、1月26日の中央社会保険医療協議会総会で、オンライン資格確認における新たな加算を設ける方針を示し、了承された。オンライン資格確認に必要な顔認証付きカードリーダー（以下、カードリーダー）の導入が伸び悩んでいる現状を受け、普及を促すのが狙いと見られる。

気になる点数はこれから設定されることとなるが、月1回の加算となることは決定。初診料・再診料で算定できるため、医科診療所、歯科診療所にとってはカードリーダーを申し込む良いきっかけとなりそうだ。

## ■カードリーダーの運用で自動的に増収へ

オンライン資格確認は、医療機関や薬局がその場で資格情報の確認ができる仕組み。従来、患者が医療機関の窓口で健康保険証を提示しても、資格情報の確認ができるのはレセプト請求後だった。

そのタイムラグを埋めることで、窓口での保険証入力作業が不要となる。顔認証機能付きカードリーダーで患者の本人確認もできるようにすることで、医療費が高額になりそうなときの限度額情報の照会もでき、未収金リスクや返戻レセプト対応の減少も期待できる。

結果、医療機関にとっては事務負担の大幅な軽減につながるというわけだ。

今回新設されるのは「電子保健医療情報活用加算」。オンライン資格確認システムを活用する医療機関・薬局で受診・調剤を受けた患者が算定対象となる。

つまり、カードリーダーの設置・運用ができていれば、自動的に初診料にいくばくかの加算が上乘せされる。

これほど手軽に増収が望める加算を新設されたのは、前述したようにカードリーダー導入の伸び悩みが背景にある。オンライン資格確認が本格稼働開始したのは2021年10月だが、現時点（2022年1月23日時点）でカードリーダーを運用している医療機関は全体の10.9%、つまり約1割に過ぎない。

## ■診療所の半数以上がまだ申し込んでいない

これは、導入までのプロセスが複雑なもの一因だと思われる。まず国が開設している「オンライン資格確認ポータルサイト」でアカウント登録をし、カードリーダーを認定4機種の中から選定。同サイトで申し込んでからシステムベンダーに別途発注し、機器受取・設定をしてもらわなくてはならない。

厚労省が公表している「オンライン資格確認導入に向けた準備作業の手引き」によれば、システムベンダーの訪問回数は1~4回となっており、思い立ってすぐ運用開始できる類のものではないのだ。実際、カードリーダーの申込みは56.7%の医療機関が終えており、システムベンダーの対応が追いついていない状況であることは容易に想像がつく。

とはいえ、4割以上の医療機関がまだ申込みをしていない事実は重い。しかも、病院は申込率78.0%、薬局は同81.0%と比較的高いものの、医科診療所は同44.4%、歯科診療所は同48.9%と半数以下にとどまっている。かかりつけ医として機能している診療所の伸び悩みは、オンライン資格確認の普及を妨げ、医療データの有効な利活用を遅らせるおそれもあるという焦りが、今回の施策を後押ししたのではないか。

医療情報①  
 中医協  
 総会

## 一般不妊治療、生殖補助医療、 男性不妊治療で12項目新設へ

中央社会保険医療協議会（中医協、会長＝小塩隆士・一橋大学経済研究所教授）は1月28日に総会を開き、個別改定項目について議論した。

厚生労働省は、不妊治療の保険適用に伴い、以下を提案した。

- ▼一般不妊治療に係る評価の新設
- ▼男性不妊治療に係る評価の新設

- ▼生殖補助医療に係る評価の新設

一般不妊治療に係る評価では、「産科、婦人科もしくは産婦人科について合わせて5年以上または泌尿器科について5年以上の経験を有する常勤の医師が1名以上配置」などを施設要件に一般不妊治療管理料を新設。さらに人工授精についても点数設定する。生殖補助医療に関しては、生殖補助医療管理料（生殖補助医療の開始日に43歳未満）、内分泌学的検査、採卵術、体外受精・顕微授精管理料、卵子調整加算、受精卵・胚培養管理料、胚凍結保存管理料、胚移植術（40歳未満は6回、40歳以上43歳未満は3回に限る）を新設する。

男性不妊治療に係る評価では、Y染色体微小欠失検査、精巣内精子採取術を新設する。

事務局提案に対して、松本真人委員（健康保険組合連合会理事）は「管理料をベースに組み立てられ、年齢や回数を確認できる建てつけになっていて、運用上の実効性が担保されている。

管理料の施設基準として安全管理だけではなく、患者サポート体制や行政の相談事業が共有化されていることは高く評価できる」と同意した。

安藤伸樹委員（全国健康保険協会理事長）は「不妊治療の保険適用について国民にしっかりと広報するとともに、厚労省は男女を問わず不妊治療を希望する人たちが気持ちよく治療を受けられるような職場の環境整備を促す指導を行ってほしい」と要望した。

医療情報②  
 中医協  
 総会

## 看護補助体制充実加算 の新設を提案

1月28日の中医協総会では、個別改定項目として、看護補助者との業務分担・協働に関する看護職員を対象とした研修の実施に対する評価が議論された。厚生労働省は、療養病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料、地域包括ケア病棟入院料への看護補助体制充実加算の新設、急性期看護補助体制加算の新設を提案した。この提案に対して松本真人委員（健康保険組合連

合会理事)は「現段階では研修の充実を求めたうえで、質の担保を確認してから次回以降の改定で評価を引き上げることが当然の流れ。質の高い看護補助者の配置を評価するのならば合理的だが、今回の案は研修内容が不明確なまま体制の評価を先に行うように見えるので、事務局案で進めるのならばケアの質も含めた検証が必要」と指摘した。

看護職の立場から吉川久美子専門委員(日本看護協会常任理事)は、医療機関で研修が進んでいることを訴えた。「看護補助者の教育は各医療機関でプログラムが作成され、補助者の質が担保されて、定着しているという調査結果がある。2013年には日看協が看護管理者研修テキストと活用事例集を発出した。eラーニングを活用したプログラムも準備している。今改定で是非とも評価してほしい」と要望した。研修内容について、保険局の井内努医療課長は「看護補助者の活用について所定の研修を受けた看護師長等の配置、当該病棟のすべての看護職を対象にした看護補助者への業務移譲に関する院内研修、看護補助者には業務手順等を示した業務マニュアル作成による院内研修を想定している」と答弁した。答弁を受けて松本委員は「研修が現場に行きわたるのはこれからなので、十分に抑えた評価にとどめてほしい」と要望した。

医療情報③  
 中医協  
 総会

## 支払側、調剤管理加算 の新設に反論

1月28日の中医協総会では、個別改定項目として薬局・薬剤師業務の評価体系の見直しが行き上げられた。従来調剤料として評価されていた処方内容の薬学的分析、調剤設計等と、薬剤服用歴管理指導料として評価されていた薬歴の管理等について、調剤管理料の新設を提案した。さらに複数の医療機関から6種類以上の内服薬が処方された患者が薬局を初めて利用する場合や、2回目以降の利用で処方内容が変更された場合の評価として、調剤管理加算が新設された。

この提案について松本真人委員(健康保険組合連合会理事)は「ポリファーマシー是正の方向性に逆行する内容で違和感を覚える。加算の有無によって減薬の差を検証し、場合によっては加算の廃止も検討すべき」とクギを指した。患者の立場から間宮清委員(日本労働組合総連合会「患者本位の医療を確立する連絡会」委員)は「好んで多種類の薬を服用している患者はいないのに、6種類以上の処方に加算されたら患者負担が増える。薬剤師の手間などの実態を調査すべきで、今回の加算新設は見送ったほうがよい」と主張した。

一方、有澤賢二委員(日本薬剤師会常務理事)は「ポリファーマシーの解消に取り組む薬局へのさらなる推進策として重要」と調剤管理加算の新設に同意した。支払側と診療側で意見が分かれたが、紀平哲也薬剤管理官は「対象を限定して条件も絞って提示した。松本委員が提言した減薬の検証も行うこととして、今回の加算を提案した」と答えた。

週刊医療情報(2022年2月4日号)の全文は、当事務所のホームページよりご確認ください。

# 最近の医療費の動向

## / 概算医療費(令和3年度6月)

厚生労働省 2021年10月29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					75歳以上		
		被用者保険		国民健康保険	(再掲)未就学者				
本人	家族	本人	家族			本人	家族		
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	43.6	24.4	13.5	7.4	5.3	10.9	1.4	17.0	2.2
令和2年度4~3月	42.2	23.5	13.0	7.3	4.8	10.5	1.1	16.6	2.1
4~6月	9.9	5.4	2.9	1.7	1.1	2.5	0.2	4.0	0.5
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
令和3年度4~6月	10.8	6.1	3.4	1.9	1.3	2.7	0.3	4.2	0.5
4月	3.7	2.1	1.1	0.6	0.4	0.9	0.1	1.4	0.2
5月	3.5	2.0	1.1	0.6	0.4	0.9	0.1	1.4	0.2
6月	3.7	2.1	1.2	0.7	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。なお、当該データは診療報酬明細書において、「公費負担者番号①」欄に記載される公費負担医療(第1公費)のデータを集計したものである。

## ● 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	34.5	22.6	17.3	16.5	16.8	36.4	21.8	95.2	
令和2年度4～3月	33.5	21.9	16.7	16.2	15.5	35.8	18.1	92.0	
	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
令和3年度4～6月	8.6	5.7	4.4	4.2	4.2	9.3	5.7	23.2	
	4月	2.9	1.9	1.5	1.4	1.4	3.1	1.8	7.9
	5月	2.8	1.8	1.4	1.4	1.3	3.0	1.9	7.6
	6月	2.9	2.0	1.5	1.5	1.5	3.2	2.0	7.7

注1) 「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。

注2) 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 診療種別別概算医療費

### ● 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	43.6	34.7	16.9	14.9	3.0	7.7	0.8	0.30	17.6	22.6	3.0	
令和2年度4～3月	42.2	33.5	16.3	14.2	3.0	7.5	0.7	0.36	17.0	21.7	3.0	
	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
令和3年度4～6月	10.8	8.6	4.1	3.8	0.8	1.9	0.2	0.10	4.3	5.6	0.8	
	4月	3.7	2.9	1.4	1.3	0.3	0.7	0.1	0.03	1.4	1.9	0.3
	5月	3.5	2.8	1.4	1.2	0.2	0.6	0.1	0.03	1.4	1.8	0.2
	6月	3.7	2.9	1.4	1.3	0.3	0.6	0.1	0.04	1.4	1.9	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	25.2	25.0	4.7	16.1	4.2	8.4	0.27
令和2年度 4~3月	23.1	22.8	4.4	14.5	3.9	7.6	0.32
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
令和3年度 4~6月	6.0	5.9	1.1	3.8	1.0	2.0	0.09
4月	2.0	2.0	0.4	1.3	0.3	0.7	0.03
5月	1.9	1.9	0.4	1.2	0.3	0.6	0.03
6月	2.0	2.0	0.4	1.3	0.3	0.7	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)
		食事等含まず	食事等含む					医科入院外+調剤
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	17.3	36.2	37.9	9.2	7.2	9.2	11.4	14.0
令和2年度 4~3月	18.3	37.2	38.9	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
令和3年度 4~6月	18.1	38.2	39.9	9.9	7.8	9.4	11.7	14.8
4月	18.0	38.2	39.9	9.8	7.8	9.6	11.7	14.9
5月	18.3	37.5	39.2	10.0	7.8	9.4	11.7	14.9
6月	18.0	39.0	40.7	9.8	7.9	9.3	11.6	14.7

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を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。

最新の医療費の動向/概算医療費(令和3年度6月)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



人事・労務

給与体系を抜本的に改革する好機

# 役割・能力型給与制度の 構築ポイント

1. 人事制度の実態と今後の方向性
2. 役割等級制度の設計
3. 基本給表の作成手順
4. 給与制度の導入事例紹介



## 参考文献

【厚生労働省】：中央社会保険医療協議会総会「第22回医療経済実態調査結果報告に関する分析」  
【MMPG】：CLINIC BAMBOO 2020/7月号

# 1

## 医業経営情報レポート

# 人事制度の実態と今後の方向性

### ■ 診療所の人事制度の実態と今後の方向性

診療所は病院よりも中途採用で働く人が多い傾向にあります。職員の給与の決め方は既存の職員との給与バランスをとって決定しているケースが多いのが現状です。

トラブルを防止するためにも、職員に対して給与は何に基づいて決定しているか明確化することが求められます。

まずは、自院の人事制度を見直し、現在の人事制度がどのようなタイプであるかを確認します。

給与決定ルールがどのタイプにあたるかを確認することにより、新たな人事制度の方向性を見出すことができます。

#### ◆人事制度の類型

類型	内容
裁量型人事制度	理事長の裁量で、職員一人ひとりの属性、院内バランスなどを斟酌して総合的に賃金を決定する人事制度
年功型人事制度	勤続年数、年齢によって賃金が決定される人事制度
年功+能力型人事制度	併存型職能給ともいわれ、勤続年数や年齢と保有能力によって賃金が決定される人事制度
成果型人事制度	職員の成果に応じて賃金を決定する人事制度
役割+能力型人事制度	職員に与えられた役割、発揮能力に対応した賃金とする制度

この中で、診療所で多く採用されている「裁量型人事制度」と、役割に応じて給与を決定する「役割+能力型人事制度」を紹介していきます。

### (1)裁量型人事制度のメリット・デメリット

裁量型人事制度は、特にワンマン経営者が経営する診療所に多く見られる人事制度です。

また、創業後や承継後間もない診療所にも多く見られます。この人事制度は、少人数かつ小規模で運営している診療所に適している人事制度です。

しかしながら、職員数が増え、施設が複数になると経営者が職員個々人の行動を正しく把握すること自体難しくなってきます。

また、職員は自分がどのような基準で評価され、どうすれば自分の処遇が改善されるのかということについて、不満を持つようになります。

職員数が20名以上の医療機関は、人事制度の在り方を検討するべきです。自院の将来像とそれを実現するための基本的な考え方を確認し、明確にする経営理念、自院の存在価値や経営信条・行動原理等を示すことが必要となります。

# 2

## 医業経営情報レポート

# 役割等級制度の設計

### ■ 役割と連動した等級制度の策定ポイント

人事制度は、役割等級制度を中心に人事評価制度、賃金制度、退職金制度、教育制度で構成されます。役割等級制度が、キャリアパスの位置付けとなり、職員に期待する基準を階層ごとに明確にするとともに、職員が自院に貢献した度合いを人事評価制度によって評価し、その結果を賃金制度、退職金制度に反映させます。

役割等級制度構築のポイントは、自院で必要な役割と役割を果たすために必要な能力の基準を等級ごとに定義し、職員の組織上の位置づけを明確にすることです。

役割・能力によって等級を定義したものを等級フレームといい、人事制度全体の設計図に該当します。医局や看護といった部門で分けた組織構造や医師、看護師や薬剤師といった職種（保有ライセンス）を重視するのではなく、職階（役割と能力を基準とした資格等級）をベースとした横展開の運用を行います。

### ◆ 役割等級制度のイメージ

医局	看護部門			診療技術部門						介護部門			事務部門
医師	看護師	准看護師	看護助手	薬剤師	診療放射線技師	理学療法士	作業療法士	臨床検査技師	管理栄養士	介護福祉士	介護支援専門員	ホームヘルパー	事務員



医局	看護部門	診療技術部門						介護部門			事務部門		
役割レベル 4													
役割レベル 3													
役割レベル 2													
役割レベル 1													

# 3

## 医業経営情報レポート

# 基本給表の作成手順

### ■ 基本給設計のポイント

従来の基本給は、単一型で支給意義は生活保障と労働に対する対価が混同し曖昧でした。

このため、支給決定の基準として明確な年齢や勤続年数が採用され、職員の生活安定には寄与していましたが、自院の業績とは無関係に人件費を押し上げていました。

職員の経験で基本給が決まり、経験を増すごとに昇給がなされていたため、職員は毎年昇給して当然という意識が働いていました。

これからの給与制度は役割、発揮能力を主な基準として運用し、人件費の決定根拠を明確にするため、基本給を数階層の構成とします。役割区分ごとに基本給の支給意義や昇給・降給の根拠を明確にすることにより、役割区分と処遇の関係を構築します。

### ◆ 基本給の類型

	従来型基本給	新基本給
構成	単一型 生活保障、労働対価 混同	数階層型 生活保障、労働対価 分離
主な支給決定要素	年齢（勤続年数）、職種	役割、能力、職種、 年齢（勤続年数）
支給の着眼点	世間相場 昇給額をいくら上げるか	世間相場 人件費予算の中でいかに配分するか
職員の意識	もらって当然	努力した結果の反映

### ■ 基本給表の作成手順

#### (1) 基本給表の作成ポイント

基本給は、一般的に段階号俸表といわれる賃金表を作成することによって設計します。

在籍する職員の賃金分布、今後の労働分配率のあり方、業界の平均賃金などを総合的に勘案して、学歴別の初任給と1年当りの標準昇給金額（以下ピッチ）を決定し、賃金表を作成します。通常はピッチを5分割して1号俸の金額を設定します。標準昇給額を5分割する理由は、人事評価の結果に応じて、昇給に格差をつける際、きめ細かく対応できるようにするためです。

#### (2) 基本給表の作成例

現在の在籍者をもとに、18歳と40歳（管理職の手前）職員の基本給の差を計算します。

既存の昇給率を維持するのであれば、これでピッチが決定します。次に、等級別のピッチを決定します。ピッチは上位等級が高くなるように設計します。

# 4

## 医業経営情報レポート

# 給与制度の導入事例紹介

### ■ 経営状況と連動した給与制度の事例

A診療所では、職員に自院の収入、経費及び人件費などの割合を具体的な経営指標として公表しています。特徴として、収入に対して人件費は40%、材料費は20%、家賃5%、広告費3%などあらかじめ配分を設定しておき、収入が増えるほどその費用に充てる金額も増える仕組みとしています。例えば、1億円の収入があれば、その内の4千万円が人件費に充てられ、賞与に反映させています。目的は、職員に自院の経営状況や経営指標を示すことでお金の流れを知ってもらい納得性を高めるためです。

#### ◆ 給与の仕組み

##### ● 給与形態

- ・ 医師：年俸制（前期の実績から今期の年収を交渉）
- ・ 医師以外の職員：月給（昇給有）＋賞与＋業績手当

##### ● 賞与

- ・ 年2回人事評価と連動させて支給額を決定

#### ◆ 賞与の仕組み

##### ● 賞与原資＝収入×40%－総人件費

##### ● 一人当たりの賞与＝賞与原資÷（職員数×勤続年数×評価点数）

##### ● 評価方法

- ・ 自己評価及び上司の評価＋面談

##### ● 評価項目

- ・ 能力や業務の量・質など
- ・ 情意評価

#### ◆ 業績手当の仕組み

##### ● KPI（重要業績評価指数）を達成した場合に支給

##### ● KPIの構成要素

→ 月間来院数、新患者数、かかりつけ登録数、NPS※10点評価数、患者平均単価

※NPSとは、自院のサービスに対する顧客ロイヤルティを数字で計測して確認する指標

### ■ 基本給の内訳を明確にした給与制度の事例

B診療所では、事業規模の拡大に伴う職員数の増加と給与配分の公平性、納得性を高める目的として、「年齢給」「勤続給」「職能給」で基本給を構成する給与制度を採用しました。

職員にこの制度の仕組みや各等級（金額）を全て公表しています。

中途採用が多いB診療所では、年齢給や勤続給の配分を落とし、職能給に一定のボリュームをもたせることで納得性の高い給与制度としています。また、職能給には経営を圧迫しないかシミュレーションを通して昇給等を検討できる役割をもたせています。

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:広報戦略

# ホームページ作成のポイント

**医療機関におけるホームページ作成のポイントについて教えてください。**

ホームページは、多様な情報を提供できるツールとして、医療機関と患者側双方にとって、もっとも身近な存在のひとつです。自院の存在と診療理念を患者や地域住民に発信するためには、もはや不可欠な存在です。

評判や口コミを耳にしたり、受診歴があっても診療時間を確認したりするなど、自院の認知に向けた「入り口」に位置づけられるため、これを最大限に利用する工夫が必要です。

## ■閲覧者の期待するホームページ作成のポイント

### ①好感度の高い雰囲気

医療機関の情報、または特定の疾患や症状について情報を得たいと考える人にとって、より詳細な内容を求めているのは当然の欲求だと言えるでしょう。受診するか否かを決めるポイントでもあることから、提供する医療のレベルや診療内容だけでなく、診療理念や治療方針等が明確に示されていること、さらに今後足を踏み入れる医療機関施設内の状況がわかることは、受診を予定する人の安心感につながるため、好感度が高くなる傾向にあります。

### ②専門性の高い情報提供

一般に、高いプライバシー性を有する医療情報については、身近で相談することが困難であるために、閲覧者の欲求の対象だといえます。それは、そのまま集患手段にも活用できるために、より正確で専門性の高い情報を掲載し、かつ定期的に更新することによって、閲覧者の関心を維持することができます。ホームページは、閲覧が少なければその効果が大幅に減少します。アクセス数を確保するために、こうした情報提供には積極的な展開が必要だといえます。

## ■必ず入れたいホームページの掲載情報

### ①医療機関の基本情報

- ⇒ 医療機関名、診療時間、場所とアクセス、連絡先（電話番号等）  
 自院の存在をホームページ閲覧者に示す最低限の情報

### ②集患・増患のための情報

- ⇒ 院長ほかスタッフの自己紹介、メッセージ  
 自院で行うことができる治療、診療方針、施設内容、院内風景（画像等）  
 一般的な広告では得にくく、閲覧者の注目も高い情報

ジャンル:医療制度 > サブジャンル:広報戦略

# ホームページの アクセス数向上対策

閲覧されるホームページにするための  
 対策を教えてください。

自院の存在やアピールポイントを知ってもらうホームページにするためには、まず閲覧者を増やすことが必要です。それには、関心の度合を示す指標になるアクセス数の向上がポイントのひとつになります。そのために重要なものが、SEO（検索エンジン最適化）対策です。

## ①ホームページ「タイトル」などに頻出検索ワードを使用

ホームページへのアクセスは、各種インターネット検索エンジンで検索ワードを入力して行います。これら検索結果の上位に自院ホームページを表示させるには、ロボットといわれる自動巡回プログラムに自院のキーワードを認識させる機会を増やし、優先順位をあげる必要があります。そのためには、インターネット利用者が入力する頻度が高い検索ワードをホームページのタイトルに用いると同時に、ホームページの本文にもこれらキーワードを多用します。

### 【ホームページ検索の候補となる検索ワード 例】

- 第1位 所在地区名（自宅や勤務先がある市・区・町・地域などで絞込み）
- 第2位 診療科目（治療方法含む、専門外来名も多い）
- 第3位 診療所名（単一で入力されるケースが多い、口コミの事前調査）
- 第4位 クリニック（所在地と組み合わせると検索ワードとなる比率が高い）

## ②自院のイメージを伝えられる情報発信ページを追加

口コミで情報を得て自院ホームページを検索したインターネット利用者を意識し、自院のイメージを伝えられる工夫が重要です。院長の「人となり」や専門的な内容の情報を求められている場合には、掲示板（BBS）の設置や SNS を活用する方法もありますが、質問への回答など院長本人の負担が大きく、悪意の書き込みなども懸念されます。

代わりに、例えば「クリニックだより」というコンテンツを設置し、院長が綴るコラムや医療関連情報などを掲載して、定期的な更新を行います。これは、アクセスした閲覧者から発信されるメッセージはないものの、注目度の高い検索ワードがこのコンテンツで掲載された用語に含まれるようになり、更新時期にはアクセス数が伸びる傾向があります。

また、潜在的患者層へのアピールにもつながり、受診時には「かかりつけ医」としての意識付けや集患・増患効果を生み出すきっかけとしても期待できます。

## 週刊 WEB 医業経営マガジン No. 709

---

【著 者】日本ビズアップ株式会社

【発 行】税理士法人 森田会計事務所

〒630-8247 奈良市油阪町456番地 第二森田ビル 4F

TEL 0742-22-3578 FAX 0742-27-1681

---

本書に掲載されている内容の一部あるいは全部を無断で複製することは、法律で認められた場合を除き、著者および発行者の権利の侵害となります。