

週刊WEB

# 医療経営

MAGA  
ZINE

Vol.905 2026.2.3

## 医療情報ヘッドライン

**26年度診療報酬改定の短冊を公表  
地域包括診療料・加算の簡素化へ**

▶厚生労働省 中医協総会

**すべての病院・有床診・助産所に  
医療安全管理者の配置を義務化へ**

▶厚生労働省 社保審部会

## 週刊 医療情報

2026年1月30日号

**補正予算での介護職賃上げ、  
原則25年12月分から**

## 経営TOPICS

統計調査資料

**病院報告**

(令和7年9月分概数)

## 経営情報レポート

**サイバー攻撃からのセキュリティ対策を明示!  
医療情報システム安全管理ガイドラインの概要**

## 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**

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。

医療情報  
ヘッドライン  
①

# 26年度診療報酬改定の短冊を公表 地域包括診療料・加算の簡素化へ

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23日に中央社会保険医療協議会総会を開催し、2026年度診療報酬改定の「個別改定項目」、いわゆる短冊を公表。かかりつけ医機能に関する評価について、「機能強化加算」の施設基準に業務継続計画（BCP）策定の要件を追加するほか、「地域包括診療加算等」に「認知症地域包括診療加算等」を統合するなど評価体系の簡素化を図る。具体的な点数は、2月の中医協答申で明らかになる予定だ。

## ■機能強化加算は27年5月末までの経過措置も

かかりつけ医機能に関する評価について、短冊では以下5点に言及した。

- ①機能強化加算の見直し
- ②生活習慣病管理料（Ⅰ）及び（Ⅱ）の見直し
- ③特定疾患療養管理料の見直し
- ④地域包括診療加算等の見直し
- ⑤時間外対応体制加算（現・時間外対応加算）の充実

①の機能強化加算について、施設基準に業務継続計画（BCP）を策定することや、「外来・在宅データ提出加算」の届出の努力義務を新設する方針を示した。3月31日時点で同加算を届け出ている場合、2027年5月31日までの経過措置が設けられる。

## ■地域包括診療加算に「認知症を有する患者等」と「その他慢性疾患等を有する患者」の区分

④の地域包括診療加算等については、認知症地域包括診療料等と統合する方針が盛り込まれた。地域包括診療料・認知症地域包括診療料は、診療所または200床未満の病院のかかりつけ医機能を包括的に評価するもので、双方加算は診療所が出来高で算定できる。

「時間外対応加算の届出」、「常勤換算2

名以上の医師の配置（うち1人以上が常勤医師）」、「在宅療養支援診療所の届出」の3つの要件のうち、すべてを満たすと診療料、いずれか1つを満たすと加算となる。

現行の対象疾患は、地域包括診療加算等が「高血圧症、糖尿病、脂質異常症、慢性心不全、慢性腎臓病（慢性維持透析を行っていないものに限る。）又は認知症の6疾病のうち2つ以上」で、認知症地域包括診療加算等は「認知症以外に1以上の疾患を有する（疑いは除く）」認知症患者などと設定されている。

算定状況は、どちらも診療料はいまだ低水準で、地域包括診療加算は増加傾向である一方、認知症地域包括診療加算は低迷している。

厚労省の「令和4年度入院・外来医療等における実態調査」によると、地域包括診療料を届け出していない理由は「24時間対応薬局との連携」や、「常勤医師の配置」が困難だという回答が多かった。

こうした状況から2026年度診療報酬改定では、地域包括診療加算1・2に「認知症を有する患者等」と「その他の慢性疾患等を有する患者」の区分を設定。

後者は、現行同様6疾病のうち2つ以上の疾患を有する患者であるか、認知症を除く5疾病のいずれかを有しており、「かつ介護給付若しくは予防給付を受けている要介護被保険者等である患者」を指すとした。

また、緊急時に処方が必要となる解熱鎮痛剤等の薬剤について、院内処方が可能な体制が整備されている場合、連携薬局は24時間対応できる体制が未整備でも差し支えない。

その他、医療資源の少ない地域に所在する診療所にあたっては、現行の常勤換算2名以上を1.4人以上と医師配置の要件を緩和する方針だ。

医療情報  
ヘッドライン  
②

# すべての病院・有床診・助産所に 医療安全管理者の配置を義務化へ

厚生労働省 社会保障審議会医療部会

厚生労働省は1月19日に社会保障審議会医療部会を開催。「医療事故調査制度等の医療安全に係る検討会」の報告を踏まえ、すべての病院および有床診療所、助産所に「医療安全管理者」の配置を求める方針を示した。

また、すべての病院、診療所、助産所の管理者には医療安全の取組に関する記録の整備も求めることとして、これらは2026年4月1日から施行される予定だ。

## ■医療安全管理者に医療関連資格 の有無は問わない

医療事故調査制度等の医療安全に係る検討会は、2025年6月に発足。主に医療機関における医療安全管理体制や、安全対策に有用な情報提供の仕組みである医療事故調査制度への課題を整理した上、対応策の検討を行ってきた。

検討会では医療安全管理体制の課題に関し、院内で医療安全対策の中心的な役割を果たす「医療安全管理者」について、制度上の位置づけがないことを指摘。そこで厚労省は、医療安全管理委員会と連携し、当該医療機関の医療安全に責任を持つ者、またはその責任者から指示を受けて業務を行う者として、医療安全管理者を医療法の制度上に位置づける方針を示した。

同管理者の要件については、医療安全に関する十分な知識を有する常勤職員であることとして、医療関連資格の有無は問わない（事務職等を含む）。また、医療安全対策に関する特定の研修を修了することは求めず、「研修の受講が望ましい」という表現にとどめたことで、多くの医療機関がその機能に応じて適切に配置できるようにする考えがうかがえる。

現在、すでに大半の病院で同管理者が配置されていることや、有床診療所や助産所でも医療安全管理委員会の設置が医療法で義務付けられていることに鑑みて、すべての病院・有床診療所・助産所を対象とした。

## ■医療事故を判断する管理者

### 調査制度に関する研修の受講は4割弱

医療事故調査制度とは、医療法で定義された医療事故に該当する死亡・死産が発生したと管理者が判断した場合に、遺族等へ説明した上で医療事故調査・支援センターに報告し、当該医療機関自ら医療事故の原因を明らかにするための調査を実施し、その結果を遺族等やセンターに報告する制度である。

検討会では医療事故調査制度の課題について、報告が必要な医療事故への該当性判断の質や、判断に迷う事例に対峙した場合の判断に携わる者の制度理解や支援、院内調査の質にばらつきがあることなどを指摘した。

検討会の報告書では、医療事故の判断を行う管理者に対し、医療事故調査制度に関する研修の受講が推奨されてきたが、厚生労働科学研究で実施したアンケート調査によると、実際に管理者が研修を受講した割合は、回答した医療機関の4割弱にとどまっていたというデータも記した。

そこで今回の改正では、すべての病院・診療所・助産所の管理者に、医療安全の取組に関する記録の整備を求めることとするほか、すべての病院および一定件数の手術や分娩を実施している有床診療所・助産所の管理者は、医療事故調査制度に携わる者に研修を受講させることを盛り込む考えだ。研修の受講については、2029年4月1日の施行となる。

医療情報①  
厚生労働省  
事務連絡

## 補正予算での介護職賃上げ、 原則25年12月分から

厚生労働省は 21 日、2025 年度補正予算に基づく「介護分野の職員の賃上げ・職場環境改善支援事業」に関する疑義解釈の事務連絡を発出した。基準月は原則 25 年 12 月とすることや、対象職員に介護支援専門員（ケアマネジャー）を含めることなどが示されている。

基準月については、25 年 12 月にサービスを提供している介護サービス事業所などが大規模改修などの事情で同月の報酬が著しく低い場合や、同月サービス提供分が月遅れ請求となった場合は、事業所の判断で 12 月から 26 年 3 月までのいずれかの月を基準月として選べる。

また 1－3 月に新規開設した事業所では、基本的に初回サービス提供月を基準月とする。

法人本部の職員は、補助金の対象となる業務を行っているとは判断できる場合は事業の対象に含めることができ、そうでない場合は不可となる。

また法定福利費などの事業主負担の増加分も賃金改善に含めることができる。

ケースごとの申請の可否についても解釈を、以下などとして示している。

- ▼訪問看護ステーションは医療分野の賃上げ支援補助金と介護分野での同補助金の両方について申請可
- ▼同一都道府県内に所在する事業所の場合、同一の計画書を用いて法人単位で申請可

事業計画書の提出時点で休廃止することが明らかな事業所は交付の対象外だが、合併や別法人による承継で、職員に変更がないなど「実質的に継続して運営している」と認められる場合は活用できるとしている。

医療情報②  
厚生労働省  
検討チーム

## 基本報酬単価「1%強－3%弱減」 特例設定へ

厚生労働省の「障害福祉サービス等報酬改定検討チーム」が 22 日開かれ、同省は、2026 年度に行う「臨時応急的な見直し」の具体案を示した。

介護サービス包括型と日中サービス支援型の共同生活援助（グループホーム）など 5 つのサービスに基本報酬の単価を 1%強－3%弱程度引き下げる特例を設定する。

加算を含む給付費全体ベースでの引き下げ幅は 1%弱－1%台半ば程度にする。6 月 1 日から 27 年度の報酬改定まで適用する。この特例は以下の 6 月 1 日以降に新規指定された事業所が対象で、既存の事業所には適用しない。

▼就労継続支援B型

▼介護サービス包括型のグループホーム

▼日中サービス支援型のグループホーム

▼児童発達支援

▼放課後等デイサービス

また重度障害児者への配慮として、「高次脳機能障害者支援体制加算」を算定しているグループホームや、児童発達支援と放課後デイで基本報酬の「医療的ケア区分 1-3」を算定している事業所などは特例の対象外にする。

離島・中山間地域のほか、サービスが不足する地域に自治体が公募して設置する事業所などにも適用しない。

基本報酬を臨時で引き下げる特例を設置する 5 つのサービスは、24 年度の収支差率が平均 5%以上で、過去 3 年間に事業所数が 5%以上増え続けている。

障害福祉サービス関係の予算額は、障害者自立支援法が全面施行された後の 07 年度から 19 年間で約 4 倍に膨らんだ。

24 年度の報酬改定後に総費用額が特に大きく伸びていて、厚労省は、サービスの質を担保しつつ制度の持続可能性を確保するため 26 年度に「臨時応急的な見直しを行う」としている。

22 日の会合では、特例を適用する 6 月 1 日までの“駆け込み指定”が起きることや 27 年度に始まる次の障害福祉計画への影響を懸念する意見があり、厚労省は「内部あるいは自治体との方々と意見交換しながら（対応を）具体化したい」と答えた。

医療情報③  
中央社会保険  
医療協議会

## 診療報酬「数の規制緩和を」、 公聴会で病院長

中央社会保険医療協議会は 21 日、2026 年度の診療報酬改定に向けてオンラインで公聴会を開き、医療現場や健保組合の関係者、患者ら北陸地方の 10 人が意見発表した。

金沢医療センターの阪上学院長は其中で、診療報酬に設定されている入院件数などの施設基準を柔軟に運用する「数の規制緩和」の検討を求めた。

金沢医療センターでは、院内の新生児特定集中治療室（NICU）で新型コロナウイルスの感染者の受け入れに一時的に対応して以降、管理料に設定されている出生体重 2,500 グラム未満の新規入院数（直近 1 年間に 30 人以上）の基準をクリアできていないという。

阪上氏はほかに、巨大地震の発生などに急性期病院がいつでも対応できるように、病床にゆとりがあっても経営が成り立つ制度設計や、地域に不可欠な医療を継続するため医療従事者がオンコールなどで待機する際のコストの補填も求めた。

診療報酬に国民の声を反映させるため、中医協では 2 年ごとの改定に先立ち公聴会を開いて、今回は石川県を中心とする北陸地方の応募者の中から選ばれた 10 人が意見発表した。

医療現場の業務効率化や情報共有のための ICT 利活用や医療 DX の推進に全員が言及したが、それへの対応を巡っては意見が分かれた。（以降、続く）

週刊医療情報（2026年1月30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。

# 病院報告 (令和7年9月分概数)

厚生労働省 2025年12月5日公表

## 1. 1日平均患者数(各月間)

|       | 1日平均患者数(人) |           |           | 対前月増減(人) |          |
|-------|------------|-----------|-----------|----------|----------|
|       | 令和7年9月     | 令和7年8月    | 令和7年7月    | 令和7年9月   | 令和7年8月   |
| 病院    |            |           |           |          |          |
| 在院患者数 |            |           |           |          |          |
| 総数    | 1 124 130  | 1 129 931 | 1 133 549 | △ 5 801  | △ 3 618  |
| 精神病床  | 256 556    | 256 779   | 256 671   | △ 223    | 108      |
| 感染症病床 | 220        | 247       | 191       | △ 27     | 56       |
| 結核病床  | 895        | 922       | 941       | △ 27     | △ 19     |
| 療養病床  | 226 098    | 226 561   | 227 430   | △ 463    | △ 869    |
| 一般病床  | 640 360    | 645 422   | 648 316   | △ 5 062  | △ 2 894  |
| 外来患者数 | 1 214 781  | 1 134 910 | 1 231 769 | 79 871   | △ 96 859 |
| 診療所   |            |           |           |          |          |
| 在院患者数 |            |           |           |          |          |
| 療養病床  | 1 358      | 1 354     | 1 394     | 4        | △ 40     |

注) 数値は四捨五入しているため、内訳の合計が総数に合わない場合もある。

## 2. 月末病床利用率(各月末)

|       | 月末病床利用率(%) |        |        | 対前月増減(%) |        |
|-------|------------|--------|--------|----------|--------|
|       | 令和7年9月     | 令和7年8月 | 令和7年7月 | 令和7年9月   | 令和7年8月 |
| 病院    |            |        |        |          |        |
| 総数    | 76.9       | 75.1   | 77.9   | 1.8      | △ 2.8  |
| 精神病床  | 81.7       | 81.5   | 81.6   | 0.2      | △ 0.1  |
| 感染症病床 | 10.6       | 11.6   | 11.2   | △ 1.0    | 0.4    |
| 結核病床  | 26.3       | 26.4   | 27.9   | △ 0.1    | △ 1.5  |
| 療養病床  | 84.7       | 84.7   | 85.4   | △ 0.0    | △ 0.7  |
| 一般病床  | 73.2       | 70.2   | 74.7   | 3.0      | △ 4.5  |
| 診療所   |            |        |        |          |        |
| 療養病床  | 39.9       | 39.5   | 39.7   | 0.4      | △ 0.2  |

注) 月末病床利用率 =  $\frac{\text{月末在院患者数}}{\text{月末病床数}} \times 100$

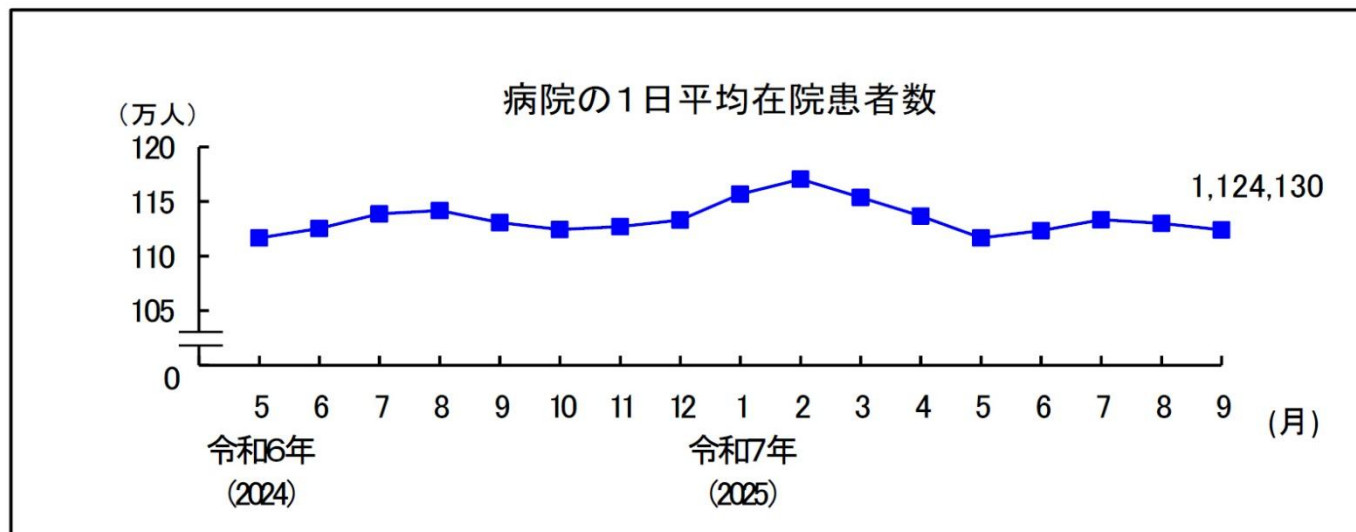
### 3. 平均在院日数(各月間)

|       | 平均在院日数(日) |        |        | 対前月増減(日) |        |
|-------|-----------|--------|--------|----------|--------|
|       | 令和7年9月    | 令和7年8月 | 令和7年7月 | 令和7年9月   | 令和7年8月 |
| 病院    |           |        |        |          |        |
| 総数    | 25.0      | 25.2   | 24.1   | △ 0.2    | 1.1    |
| 精神病床  | 240.5     | 253.6  | 233.7  | △ 13.1   | 19.9   |
| 感染症病床 | 9.8       | 9.6    | 9.2    | 0.2      | 0.4    |
| 結核病床  | 61.3      | 58.0   | 54.7   | 3.3      | 3.3    |
| 療養病床  | 117.2     | 123.1  | 115.4  | △ 5.9    | 7.7    |
| 一般病床  | 15.1      | 15.3   | 14.6   | △ 0.2    | 0.7    |
| 診療所   |           |        |        |          |        |
| 療養病床  | 98.5      | 101.8  | 107.5  | △ 3.3    | △ 5.7  |

注) 平均在院日数 =  $\frac{\text{在院患者延数}}{1/2(\text{新入院患者数} + \text{退院患者数})}$

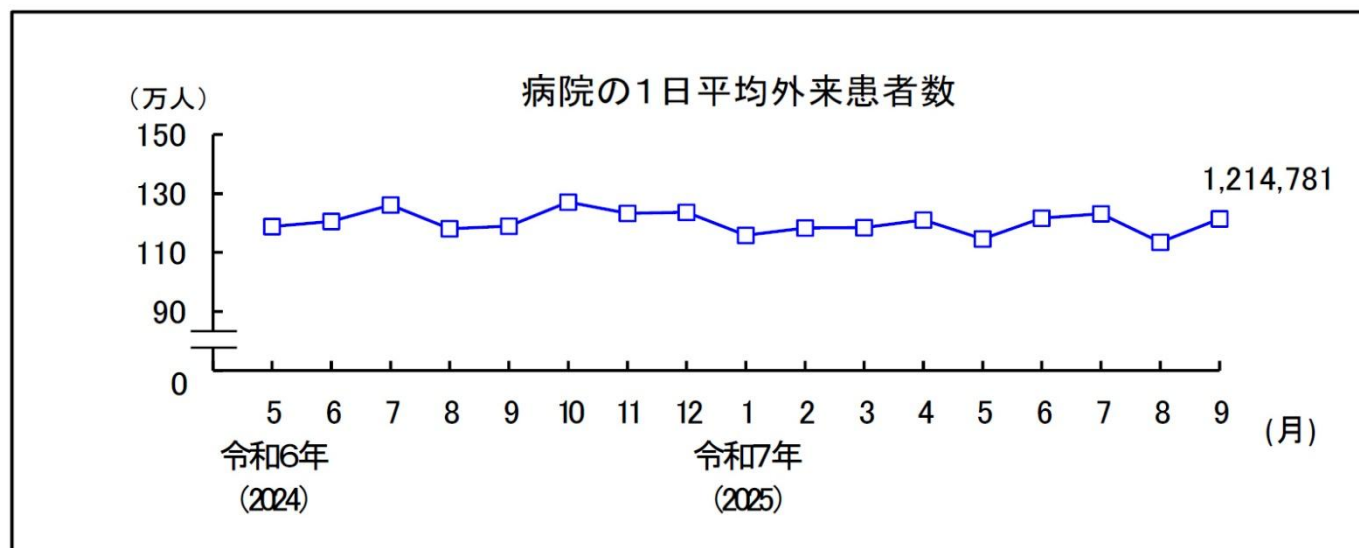
ただし、療養病床の平均在院日数 =  $\frac{\text{在院患者延数}}{1/2 \left( \begin{array}{l} \text{新入院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床から移された患者数} + \text{退院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床へ移された患者数} \end{array} \right)}$

#### ◆病院:1日平均在院患者数の推移

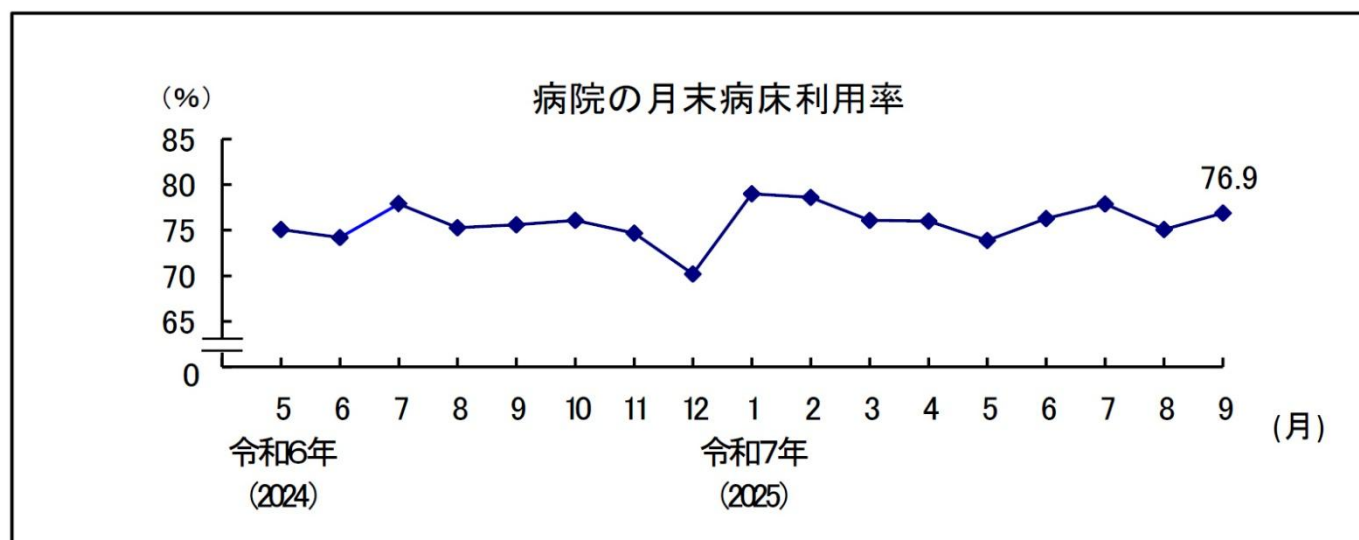


注) 数値は全て概数値である。(以下同)

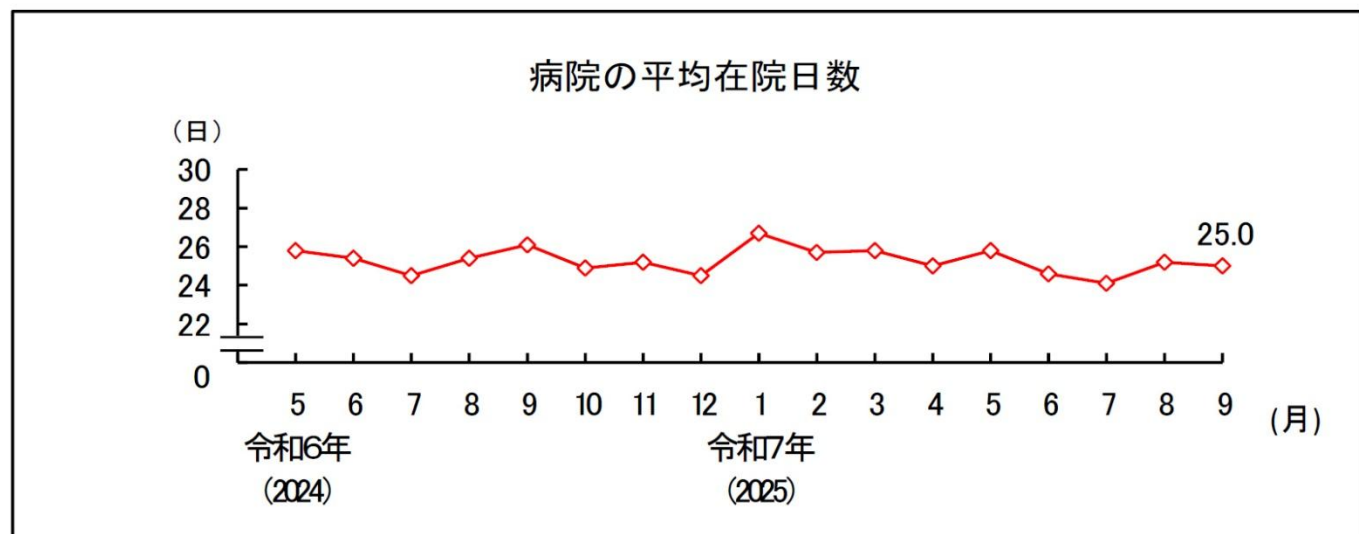
◆病院：1日の平均外来患者数の推移



◆病院：月末病床利用率の推移



◆病院：平均在院日数の推移



病院報告（令和7年9月分概数）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



医 業 経 営

サイバー攻撃からのセキュリティ対策を明示！

# 医療情報システム 安全管理 ガイドラインの概要

1. 医療情報システムを取り巻く現状と課題
2. ガイドライン改定の背景と概要
3. 医療情報システムの安全性向上に向けた取組み
4. 未来の医療情報と生成AIの影響



■参考資料

【厚生労働省】：医療情報システムの安全管理に関するガイドラインの概要及び主な改定内容 他

# 1

## 医業経営情報レポート

# 医療情報システムを取り巻く現状と課題

### ■ サイバーセキュリティ問題の深刻化

近年、医療機関を標的としたサイバー攻撃が世界的に増加しており、その深刻さが社会問題となっています。医療情報には患者の個人情報や診断記録、治療内容など、生命やプライバシーに直結する重要なデータが含まれています。

これらの漏洩や改ざんがなされると、患者の生命に危機をもたらすだけでなく、医療機関の社会的信頼が大きく損なわれることになります。

これまでも、日本国内で様々なランサムウェア攻撃等を受け、医療機関が一時的に業務停止を余儀なくされるといった事例が発生しています。このようなサイバー攻撃は、個人、医療機関、そして社会全体に多大な影響を及ぼすため、早急な対応が求められています。

### ■ 医療情報の重要性和保護の必要性

医療情報は、患者の生命や健康に直結するデータであり、その保護は医療機関にとって最も重要な責務の一つです。他の業界の情報資産とは異なり、医療情報は一度漏洩すれば患者のプライバシーを侵害するだけでなく、診療の質や安全性にも重大な影響を及ぼします。

例えば、診断記録や治療履歴が不正アクセスを受けた場合、患者への誤診や治療ミスを引き起こす可能性もあります。

また、医療情報のデジタル化が進む中で、医療機関の法的・社会的な責任も厳しく問われるようになり、医療従事者には、情報を適切に扱うためのリテラシーが求められ、医療機関全体でのセキュリティ対策が必須となっています。

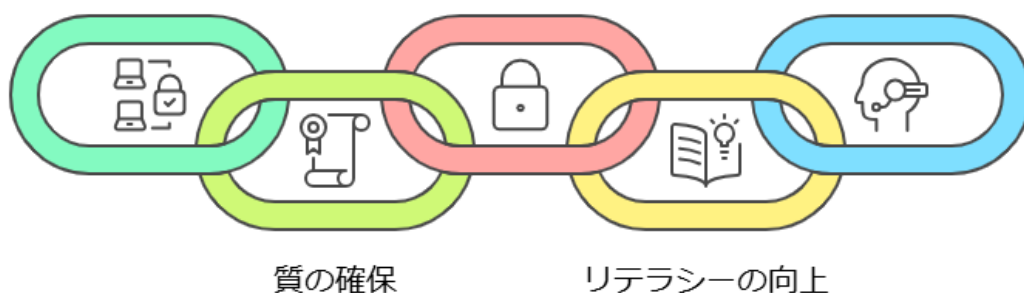
さらに、生成AIやIoTといった新技術の普及により、情報の取扱いに関する課題も複雑化しており、これらの背景を踏まえ、医療情報を安全に管理する仕組みを強化することは、患者の信頼を維持し、医療の質を向上させるために不可欠な取組みといっても過言ではありません。

### ◆医療情報の保護

プライバシーの保護

セキュリティ対策

新技術への適応



# 2

## 医業経営情報レポート

# ガイドライン改定の背景と概要

### ■ ガイドライン改定の背景と目的

医療情報システムの安全管理に関するガイドラインが第 6.0 版に改定された背景には、医療機関を取り巻く環境の変化と、これに伴う新たな課題への対応が求められていたという状況があります。

また、令和 5 年 4 月からオンライン資格確認の導入が原則義務化されたことを受け、医療分野を狙ったサイバー攻撃による診療業務等に重大な影響を及ぼす事例も増加するなかで、ネットワーク関連のセキュリティ対策が多くの医療機関等に共通して必要とされたこともガイドライン改定を促す要因になったといえます。

### ◆ 改定の趣旨

保険医療機関・薬局においては令和 5 年 4 月からオンライン資格確認の導入が原則義務化されており、今後はガイドラインに記載されているネットワーク関連のセキュリティ対策がより多くの医療機関等に共通して求められることとなる。よって、医療機関等にガイドラインの内容の理解を促し、医療情報システムの安全管理の実効性を高めるため、構成の見直しを行う。

また、医療等分野及び医療情報システムに対するサイバー攻撃の一層の多様化・巧妙化が進み、医療機関等における診療業務等に大きな影響が生じていること等を踏まえ、医療機関等に求められる安全管理措置を中心に内容の見直しを行う。

厚生労働省：医療情報システムの安全管理に関するガイドライン 第 6.0 版（令和 5 年 5 月）

今回の改定では、医療機関等が必要な安全管理措置を理解し、実効性のある対策を講じられるよう内容が整理されました。本文は概説編、経営管理編、企画管理編、システム運用編の 4 つの区分に分けられ、読者層に応じた遵守事項や考え方が示されています。

例えば、経営管理編では病院長や理事長などの経営層向けに組織としての責任や投資判断の考え方が示され、システム運用編では情報システム部門の実務者向けに具体的な技術要件が詳述されています。

また、現場で発生しやすい質問やトラブルを Q&A 形式で補足し、構成を分かりやすく解説しています。

クラウドサービスのリスクや責任分担が整理され、ゼロトラスト思考（すべてのアクセスを信頼せず、常に検証するセキュリティモデル）に基づくネットワーク対策や非常時の対応も明確化されました。

オンライン資格確認に必要な機器の安全管理措置も盛り込まれ、最新の技術や制度に対応した内容となっています。

# 3

## 医業経営情報レポート

# 医療情報システムの安全性向上に向けた取り組み

### ■ 経営層と現場の連携強化

医療情報システムの安全管理を効果的に実現するには、経営層と現場の連携強化が不可欠です。ガイドライン第 6.0 版では、経営層の責任強化が明確に打ち出されており、情報セキュリティ対策への積極的な関与が求められています。

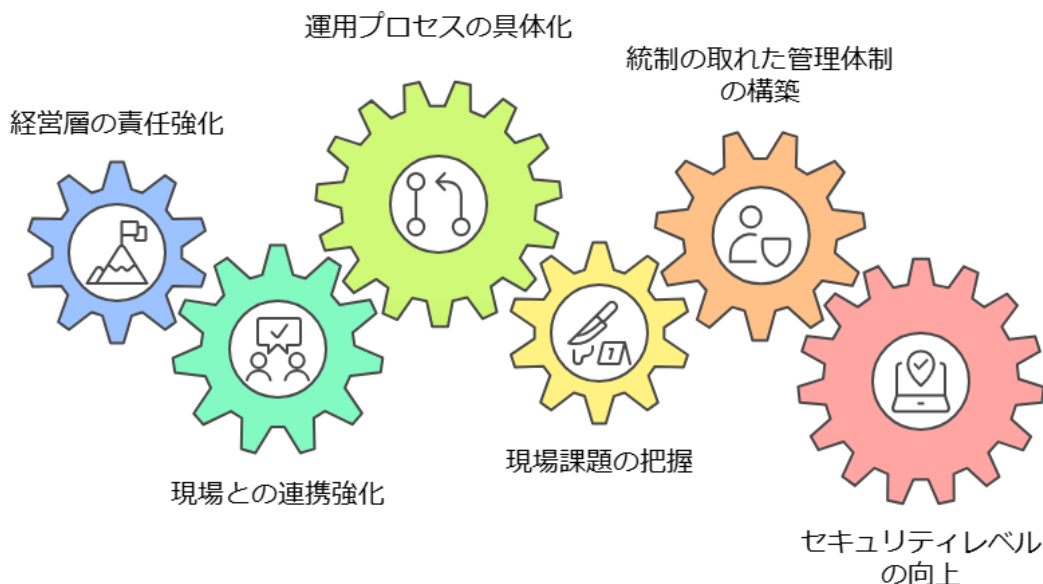
経営層が担うべき役割として、情報セキュリティポリシーの策定や全体的なリスクマネジメント体制の構築が挙げられます。

一方で、現場の実務者は、これらのポリシーを具体的な運用プロセスに落とし込み、日常業務の中で実践することが重要です。経営層と現場の連携を強化するためには、定期的なミーティングや情報共有の場を設けることが有効です。さらに、経営層が現場の課題を正確に把握することで、現場が抱えるリソース不足や技術的な制約にも対応しやすくなります。

ガイドラインの実践を通じて、経営層と現場が協働し、全体として統制の取れたセキュリティ管理体制を構築することが求められています。

こうした取り組みにより、医療機関全体のセキュリティレベルを向上させることが可能となります。また、組織全体でセキュリティ意識が高まることで、新たな脅威に対しても柔軟に対応できる体制が整うことが期待されます。

### ◆医療情報セキュリティの強化



### ■ 技術的セキュリティ対策の強化

医療情報システムの安全性を高めるためには、技術的なセキュリティ対策の強化が不可欠です。ガイドライン第 6.0 版では、多要素認証（MFA）の導入やデータの暗号化が強く推奨されています。

# 4

## 医業経営情報レポート

# 未来の医療情報と生成AIの影響

### ■ 生成AI活用の可能性と課題

生成AIの進化により、医療分野では多くの可能性が広がっています。AIを活用することで、診断支援や患者データの効率的な管理が可能となり、医療従事者の負担軽減や業務効率化が期待されています。

例えば、画像診断におけるAI活用により、がんの早期発見や診断精度の向上が報告されており、生成AIを用いた患者情報の整理や問診内容の自動生成も注目を集めています。

しかし、その一方で、プライバシーやセキュリティに対する課題も多くあります。AIが学習する際に大量の医療データを扱うため、データ漏洩や不正利用のリスクが高まるからです。

また、生成AIが生成する情報の正確性や信頼性に対する懸念も払拭できません。

さらに、AIを悪用したサイバー攻撃のリスクも増加しています。これらの課題を解決するためには、AI活用のルール整備や、AIが生成するデータを検証する仕組みが不可欠となります。

このように生成AIを安全かつ効果的に活用するには、医療機関全体での体制整備と技術的セキュリティ対策の強化が求められます。

### ◆保健医療分野におけるAI活用推進懇談会報告書概要

【AIの実用化が比較的早いと考えられる領域】

| 領域                     | 我が国の強み/課題                                                            | AIの開発に向けた施策                                                                                                                        |
|------------------------|----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ゲノム医療                  | ×欧米に比べて取組に遅れ                                                         | ・実用化まで最も近いのは『がん』であり、実現に向けた推進体制を構築<br>(『がんゲノム医療推進コンソーシアム』で別途検討)                                                                     |
| 画像診断支援                 | ○診断系医療機器について日本の高い開発能力<br>○診断系医療機器の貿易収支も黒字(1,000億円)                   | ・病理・放射線・内視鏡等について、国内には質の高いデータが大量に存在しており、効率的な収集体制の確立が必要<br>⇒ 関連学会が連携して <b>画像データベースを構築</b><br>・AIの開発をしやすくするため、薬事審査の評価指標の策定や評価体制の整備も実施 |
| 診断・治療支援<br>(問診や一般的検査等) | ×医療情報の増大によって医療従事者の負担が増加<br>×医師の地域偏在や診療科偏在への対応が必要<br>×難病では診断確定までに長い期間 | ・AIの開発をしやすくするため、 <b>医師法上や医薬品医療機器法上の取扱を明確化</b><br>・各種データベース(ゲノム解析データを含む)の集約等により、難病を幅広くカバーする情報基盤を構築し、AIの開発に活用                        |
| 医薬品開発                  | ○日本は医薬品創出能力を持つ数少ない国の1つ<br>○技術貿易収支でも大幅な黒字(3,000億円)                    | ・健康医療分野以外でもAI人材は不足しているため、効率的なAI開発が必要(IT全体で30万人不足、うちAIで5万人不足)であり、製薬企業でもAI人材が不足<br>⇒AI人材の有効活用の観点から、 <b>製薬企業とIT企業のマッチングを支援</b>        |

【AIの実用化に向けて段階的に取り組むべきと考えられる領域】

|        |                                          |                                                                                                                      |
|--------|------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 介護・認知症 | ×高齢者の自立支援の促進<br>×介護者の業務負担軽減              | ・現場のニーズに基づかず開発されたAI(技術指向のAI)では、現場には普及せず<br>⇒ <b>介護現場のニーズを明確化</b> し、ニーズに基づく研究開発を実施                                    |
| 手術支援   | ○手術データの統合の取組で日本が先行<br>×外科医は数が少なく、負担軽減が必要 | ・手術時のデジタル化データ(心拍数、脳波、術野画像等)は相互に連結されていない状態で、手術行為と各種データがリンクせず、AIによる学習が困難<br>⇒手術関連データを相互に連結するための <b>インターフェースの標準化を実施</b> |

厚生労働省：保健医療分野におけるAI活用推進懇談会 報告書

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: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

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

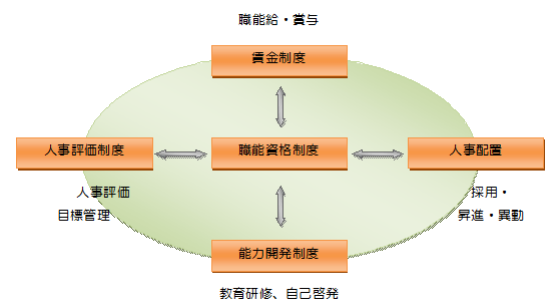
能力主義人事制度は、職能資格制度、職能給体系（賃金制度）、人事評価制度、能力開発制度という4つの柱で構成されています。

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。

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

# 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のでしょうか？

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         | i )課業の洗い出し<br>↓<br>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     | i )課業の難易度評価<br>↓<br>ii )等級格付け<br>↓<br>iii )習熟度指定        |
| ③職種別・等級別職能要件書の作成と配布 | i )習熟要件の等級別整理<br>↓<br>ii )修得要件の書き出し<br>↓<br>iii )各人への配布 |

## 週刊 WEB 医業経営マガジン No. 905

【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。