

医療情報
ヘッドライン

心不全患者にも緩和ケアを推進 地域包括支援センターなどで対応

▶厚生労働省 循環器疾患の患者に対する緩和ケア提供体制のあり方に関するワーキンググループ

無痛分娩実態と安全管理体制の構築を報告 取扱施設は無痛分娩を熟知した専門職配置

▶厚生労働省 社会保障審議会医療部会

経営
TOPICS

統計調査資料
最近の医療費の動向/概算医療費（平成29年8～9月）

経営情報
レポート

クリニックの成長を促す
若手職員の早期戦力化の進め方

経営
データ
ベース

ジャンル:人材・人事制度 サブジャンル:資格基準
資格基準の構築
役割等級フレーム

本誌掲載記事の無断転載を禁じます。



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
大阪支社
〒530-0001 大阪府大阪市北区梅田1-1-3 大阪駅前第三ビル31F
TEL: 06-6344-1683 FAX: 06-6344-1578

心不全患者にも緩和ケアを推進 地域包括支援センターなどで対応

厚生労働省 循環器疾患の患者に対する緩和ケア提供体制のあり方に関するワーキンググループ

4月6日、厚生労働省で「循環器疾患の患者に対する緩和ケア提供体制のあり方に関するワーキンググループ」が開かれ、心不全患者にも緩和ケアを推進するべきとする報告書案が了承された。

地域包括支援センターや在宅医療の専門職を活用し、身近な場所で相談できる体制を確立する必要性にも言及している。

■心不全患者の多くは「身体的、精神的な苦痛や社会生活上の不安」を抱えている

緩和ケアは、がん患者に対して行われるとの認識が一般的となっている。

しかし、世界保健機構（WHO）は緩和ケアの対象を「生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族」としており、決してがんに限定されているわけではない。

WHOは、緩和ケアを必要とする疾患の第1位を循環器疾患としており（がんは第2位）、日本の死因第2位が心疾患であることも踏まえれば（心疾患死亡者数1位は心不全）、その対策が急務であることは明らかである。

報告書案によれば、心不全患者の多くは「身体的若しくは精神的な苦痛又は社会生活上の不安」を抱えており、死生観を含めた価値観も踏まえての全人的なケアが求められるとしている。

身体的苦痛に対しては、利尿薬や血管拡張薬、強心薬などによる薬物療法や、非侵襲的陽圧換気療法といった非薬物療法も必要であ

るため、適切な医療資源を投じなければならない。精神心理的苦痛に対しては、十分な説明や共感的な態度といったコミュニケーションが求められるため、学会などを通じての教育や普及活動も必要だとしている。

■心不全は疾患初期段階から緩和ケアが必要で、地域包括ケアシステムの支援も不可欠

具体的な対応体制としては、緩和ケアチームや心不全多職種チーム、関連する認定・専門・看護師が連携するほか、心理職や精神科リエゾンチームによる医療従事者への教育・支援体制の構築も提言している。

また、がん患者と違い患者やその家族が専門職に相談できる場所が少なく、情報を得る手段も限られていることから、地域包括支援センターや訪問看護などの在宅医療専門職を活用するべきとしている。具体的な例としては、がん診療連携拠点病院における患者サロンの取り組みを挙げている。

心不全は増悪と寛解の繰り返して身体機能が悪化していく症状であるため、疾患の初期段階から緩和ケアが必要であることは明白で、かかりつけ医を含めた地域包括ケアシステムでの支援が不可欠となる。

循環器を診療科目として標榜している医療機関はもちろんのこと、一次的な窓口として機能している地域の内科診療所などにおいても、今後は緩和ケアを考慮した対応が求められることになるだろう。

無痛分娩実態と安全管理体制の構築を報告 取扱施設は無痛分娩を熟知した専門職配置

厚生労働省 社会保障審議会医療部会

厚生労働省は、4月11日に開かれた社会保障審議会医療部会で、無痛分娩の実態と安全管理体制構築の必要性について報告し、了承された。無痛分娩取扱施設には、無痛分娩を熟知した専門職の配置を求める方針を明らかにした。専門職に該当するのは、産婦人科専門医、麻酔科専門医、麻酔標榜医のいずれかで、2年に1回程度講習会を受講することも求める。また、産後3時間までは産婦に5分程度でアクセスできる範囲で待機することも要請する。近日中に各都道府県や関係学会・団体あてに通知を発出する予定である。

■2010年～2016年の間で妊産婦死亡は271例発生、うち14例が無痛分娩

無痛分娩とは麻酔によって陣痛の痛みを和らげて分娩する方法で、一般的には、脊髄近くの硬膜外腔に挿入したカテーテルを通じて麻酔薬を入れる「硬膜外麻酔」が用いられる。

医学的には、母体に心臓疾患があったり、重症妊娠高血圧だったりする妊産婦を対象に行われる手法だが、現在は痛みを緩和したい希望に応えるケースがほとんどで、例えば、東京大学医学部附属病院で行われている無痛分娩のうち、医学的適応なのはわずか6.8%であり、残り93.2%は本人希望による。

しかし、硬膜外麻酔を用いる無痛分娩はリスクも高く、死亡事故が頻発しており、2010年から2016年までの間で妊産婦死亡は271例発生しているが、そのうち14例が無

痛分娩だった。昨年7月に、遺族から無痛分娩に関する分析と再発防止を求める要望書が厚生労働相あてに提出されたこともあり、同月に厚生労働科学特別研究事業として「無痛分娩の実態把握及び安全管理体制の構築についての研究」が立ち上げられた。3月29日にその研究結果を踏まえた提言が発表されており、この日の医療部会ではその提言をもとにした報告に至ったものである。

■実態把握調査で重篤な麻酔合併症を報告

厚生労働科学特別研究の研究班による実態把握調査では、重篤な麻酔合併症が起きていることが明らかになっている。そのうち半数以上が、くも膜下腔に麻酔薬が入ってしまったことによる全脊髄くも膜下麻酔、もしくは高位脊髄くも膜下麻酔である。カテーテルが少しでも深く入りすぎると、硬膜を破ってくも膜下腔に到達することは一定の確率で発生するとされているが、少しずつ麻酔薬を投与することと、すぐ救急の対処をすれば大事に至らないとされる。

もちろん、大事に至らせないためには救急処置に必要な設備・物品などが整っていることや、急変時の対応トレーニングをしておくことが欠かせない。そのため、研究班の提言には「産婦のそばに救急用の医薬品を準備」「危機対応シミュレーションを年に1回実施」といった項目もあり、厚労省からの通知にも盛り込まれている。

最近の医療費の動向

/ 概算医療費(平成29年8~9月)

厚生労働省 2018年2月1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	被用者 保険	本人 家族		国民健康 保険	(再掲) 未就学者	75歳以上	
				本人	家族				
平成25年度	39.3	23.1	11.3	5.8	5.0	11.8	1.4	14.2	2.0
平成26年度	40.0	23.4	11.6	6.0	5.1	11.8	1.4	14.5	2.0
平成27年度	41.5	24.2	12.2	6.4	5.2	12.0	1.5	15.2	2.1
平成28年度 4~3月	41.3	23.9	12.3	6.5	5.2	11.5	1.4	15.3	2.1
4~9月	20.4	11.8	6.0	3.2	2.5	5.8	0.7	7.6	1.0
10~3月	20.9	12.1	6.3	3.4	2.7	5.7	0.8	7.8	1.0
平成29年度 4~9月	20.9	11.9	6.3	3.4	2.6	5.6	0.7	7.9	1.1
8月	3.5	2.0	1.1	0.6	0.4	0.9	0.1	1.3	0.2
9月	3.4	2.0	1.0	0.6	0.4	0.9	0.1	1.3	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。
- 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。

2 診療種類別概算医療費

●医療費

(単位：兆円)

	総計	診療費	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25年度	39.3	31.3	15.0	13.6	2.7	7.0	0.8	0.12	15.8	20.6	2.7
平成26年度	40.0	31.8	15.2	13.8	2.8	7.2	0.8	0.14	16.0	21.0	2.8
平成27年度	41.5	32.6	15.6	14.2	2.8	7.9	0.8	0.16	16.4	22.1	2.8
平成28年度4～3月	41.3	32.8	15.8	14.2	2.9	7.5	0.8	0.19	16.5	21.7	2.9
4～9月	20.4	16.2	7.8	7.0	1.4	3.7	0.4	0.09	8.2	10.7	1.4
10～3月	20.9	16.6	8.0	7.2	1.4	3.8	0.4	0.10	8.4	11.0	1.4
平成29年度4～9月	20.9	16.6	8.0	7.1	1.5	3.8	0.4	0.11	8.4	10.9	1.5
8月	3.5	2.8	1.4	1.2	0.2	0.6	0.1	0.02	1.4	1.8	0.2
9月	3.4	2.7	1.3	1.2	0.2	0.6	0.1	0.02	1.4	1.8	0.2

注1. 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。

3 医療機関種類別概算医療費

(1)医療機関種類別医療費

●医療費総額の伸び率(対前年同期比)

(単位：%)

	総計	医科計						医科 診療所	歯科計			保険 薬局	訪問 看護 ステー ション
		医科病院	医科病院				歯科 病院		歯科 診療所				
			大学 病院	公的 病院	法人 病院	個人 病院							
平成25年度	2.2	1.4	1.7	3.5	0.7	2.2	▲6.4	0.7	0.8	3.0	0.7	5.9	14.3
平成26年度	1.8	1.5	1.8	2.2	1.5	2.1	▲6.0	0.8	2.9	4.0	2.8	2.3	16.9
平成27年度	3.8	2.6	2.9	4.2	3.3	2.6	▲6.9	1.7	1.4	2.0	1.3	9.4	17.3
平成28年度 4～3月	▲0.4	0.4	0.9	2.6	0.7	0.9	▲11.0	▲0.9	1.5	3.4	1.4	▲4.8	17.3
4～9月	0.8	1.1	1.7	4.1	1.8	1.3	▲9.6	▲0.3	2.2	4.6	2.0	▲1.5	17.3
10～3月	▲1.6	▲0.2	0.2	1.1	▲0.4	0.6	▲12.4	▲1.3	0.8	2.1	0.7	▲7.8	17.3
平成29年度 4～9月	2.2	2.1	2.5	2.6	2.7	2.7	▲12.2	1.0	1.6	2.4	1.6	2.4	16.7
8月	1.9	1.8	2.3	2.7	2.4	2.4	▲12.9	0.4	0.2	2.2	0.0	2.5	13.8
9月	2.5	2.3	2.4	3.0	2.3	2.6	▲13.4	1.9	3.5	4.1	3.5	2.4	17.7

注1. 医科病院の種類について、「大学病院」は医育機関をいう。「公的病院」は国(独立行政法人を含む)の開設する医療機関、公的医療機(開設者が都道府県、市町村等)及び社会保険関係団体(全国社会保険協会連合会等)の開設する医療機関をいう(ただし、医育機関を除く)。

注2. 医療費には入院時食事療養及び入院時生活療養の費用額が含まれる。

(2)主たる診療科別医科診療所の医療費

●医療費総額の伸び率(対前年同期比)

(単位：%)

	医科 診療所	内科	小児科	外科	整形 外科	皮膚科	産婦人科	眼科	耳鼻 咽喉科	その他
平成 25 年度	0.7	1.0	▲ 1.3	▲ 2.2	1.8	0.8	▲ 0.7	2.5	▲ 2.3	1.2
平成 26 年度	0.8	▲ 0.6	1.1	▲ 1.5	2.9	1.8	0.4	3.9	4.6	1.5
平成 27 年度	1.7	1.6	2.6	▲ 1.1	1.6	2.5	0.4	3.4	1.7	2.0
平成 28 年度 4～3月	▲ 0.9	▲ 1.0	▲ 0.7	▲ 3.9	0.5	0.7	▲ 1.2	0.1	▲ 1.1	▲ 1.0
4～9月	▲ 0.3	▲ 0.7	0.1	▲ 2.9	1.1	0.9	▲ 0.6	1.0	▲ 1.1	▲ 0.5
10～3月	▲ 1.3	▲ 1.3	▲ 1.5	▲ 5.0	▲ 0.2	0.5	▲ 1.9	▲ 0.8	▲ 1.1	▲ 1.6
平成 29 年度 4～9月	1.0	0.4	▲ 0.3	▲ 3.2	3.6	1.8	0.1	3.6	2.2	1.3
8月	0.4	▲ 0.2	1.1	▲ 4.1	2.8	▲ 0.5	▲ 0.1	3.1	0.1	1.3
9月	1.9	0.7	1.8	▲ 2.4	5.0	2.3	0.8	3.7	8.2	2.1

(3)経営主体別医科病院の入院医療費

●1施設当たり医療費の伸び率(対前年同期比)

(単位：%)

	医科病院					医科 診療所
		大学病院	公的病院	法人病院	個人病院	
平成 25 年度	1.6	1.0	1.1	1.8	2.2	▲ 4.0
平成 26 年度	2.0	1.3	1.4	2.3	2.8	▲ 0.9
平成 27 年度	2.6	2.8	2.8	2.3	1.1	▲ 2.8
平成 28 年度 4～3月	1.4	1.6	1.7	1.0	▲ 0.8	▲ 2.9
4～9月	1.6	2.4	2.0	1.1	0.4	▲ 3.0
10～3月	1.2	0.9	1.4	1.0	▲ 2.0	▲ 2.8
平成 29 年度 4～9月	2.9	2.2	3.0	2.8	▲ 4.1	▲ 1.8
8月	2.3	1.8	2.1	2.3	▲ 5.2	▲ 2.1
9月	3.0	2.6	3.0	2.8	▲ 4.3	▲ 1.7

注1) 医療費には、入院時食事療養及び入院時生活療養の費用額が含まれる。

注2) 1施設当たり医療費は、医療費の総額を審査支払機関に審査支払請求を行った施設数で除して得た値である。



経営情報
レポート
要約版



人事・労務

クリニックの成長を促す

若手職員の 早期戦力化の進め方

1. 若手職員の特性と定着率の実態
2. 若手職員の早期戦力化を図るための育成方法
3. 若手職員に自信をつけさせるための支援策
4. 院長が実践する上手な褒め方、叱り方のポイント



参考文献

- 「できない部下をできる部下に変える7つのこと」(明日香出版社)
- 「困った部下の指導法が面白いほどわかる本」(中経出版)
- 「中小企業白書 2015」(中小企業庁)
- 「中央職業能力開発協会」

1

医業経営情報レポート

若手職員の特性と定着率の実態

■ 現代の若者の特性

米国では、2000年以降に成人を迎える世代を「ミレニアル世代」と呼んでおり、日本の世代区分では、「ゆとり世代」や「さとり世代」が該当します。

この世代の若者は、インターネットが普及した環境で育った最初の世代であるとともに、運動会の徒競走で手をつないでゴールするように、一芸に秀でた子供よりも無難な子供に育つような教育を受けています。一方で、受験戦争に追われ偏差値により優劣が決められてしまう競争も経験しており、失敗が許されないというプレッシャーも受けてきています。

当時は、経済は長く停滞していた時代でもあり、これらの結果、リスクを避け、失敗しない無難な選択肢を選ぶ傾向が見られます。

これらの時代背景の中で育ってきた若手職員は、以下のような特性を持っています。

- ①怒られることに慣れておらず、ストレス耐性が低い
- ②リスクを恐れず自分から積極的に動こうとしない
- ③失敗することを避ける
- ④人と関わるのが苦手
- ⑤傷つきたくないという意識が強く、他人の評価に敏感

その一方で、優れている面もあります。指示した仕事については確実に実行したり、積極的に発言することがなかったりしても、自分の考えはしっかり持っています。

さらには、ITツールの発達など情報化社会の中で過ごしてきており、情報収集面においては、ベテラン職員よりも優れている人が大勢いるはずです。

このように、今の若手職員は、院長から見ると、一方では物足りない面も持ち合わせているかも知れませんが、優れた面も数多く持っています。

- ①与えられた仕事は確実に行う
- ②自分の考え・意見は持っている
- ③情報収集が得意
- ④知識などの基礎能力は高い
- ⑤興味のあることに対してはとことん追求する

2

医業経営情報レポート

若手職員の早期戦力化を図るための育成方法

■ 早期戦力化の手順と経営理念・行動基準の徹底

若手職員の早期戦力化を図るためには、下記の3つのステップで育成に取り組んでいくことが必要です。以下、このステップに基づいて、ポイントを解説します。



はじめに、若手職員には自院の経営理念や行動基準を習得させることが重要です。これが、職員育成の柱になります。

経営理念は、診療所にとっての根源的な考え方です。在籍している限り大事にする価値観や行動規範であり、緊急事態に遭遇した場合やマニュアルにない判断を求められたときの拠り所になるものですので、入社時のオリエンテーションでしっかりと伝え、理解させることが大切です。

また、自院で定めている基準行動を徹底的に教え込み、考えなくても自然と「言える」「行動できる」レベルまで叩き込む必要があります。これが、若手職員育成の第一歩です。

■ 入社時に徹底的に教え込むべき項目

- | | |
|------------|--------------|
| ● 経営理念 | ● 安全基準、衛生基準 |
| ● 自院独自のルール | ● 時間に対する基準 |
| ● 挨拶、言葉遣い | ● 「報・連・相」の徹底 |
| ● 身なり、服装 | ● 正しい電話対応 |
| | など |

■ 課業一覧(キャリアマップ)、OJT計画にもとづく育成

若手育成で最も重要なのが、このステップです。

「早期に」「計画的に」育成を進めるには、成長のロードマップをしっかりと作成し、本人に見せて、進捗チェックと指導を行うことがポイントとなります。

その役に立つものが、課業一覧(キャリアマップ)、OJT計画です。

課業一覧(キャリアマップ)とは、院内にある仕事の棚卸を行い、経験年数や等級と担当する職務や役割の関係を整理したものです。

3

医業経営情報レポート

若手職員に自信をつけさせるための支援策

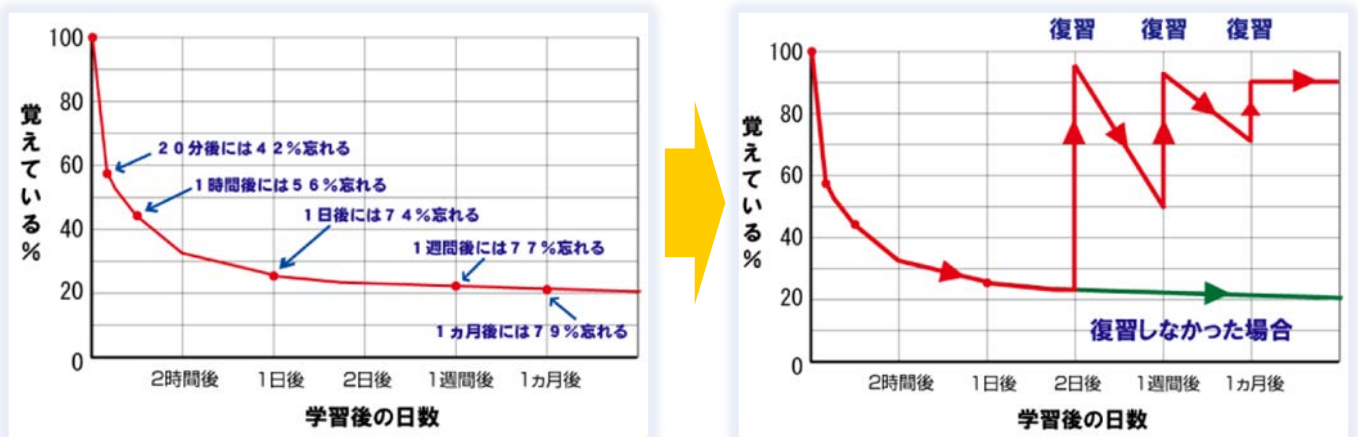
■ 内省を促し、仕事を確実に覚えさせる

人の記憶は曖昧なものです。ドイツの心理学者ヘルマン・エビングハウスの忘却曲線にもあるように、そもそも脳は忘れるようにできているといわれています。

この理論は、一度覚えたことを放置しておくとも時間の経過とともに忘れてしまいますが、反復継続することで、習得の度合いは維持、向上していくことを実証したものです。

この結果から、若手職員が仕事を覚えていく課程において、反復継続させることによって理解を確実なものとし、自信をつけさせることができます。

■ エビングハウスの忘却曲線と復習の関係



具体的には、若手職員に指示を与えた後に、院長としては、以下の取り組みを実践させることが有効です。

■ 仕事を確実に身につけさせるためのポイント

- 新しい仕事を指示した場合には、その場ですぐに質問させたり、不明な点は自分で調べさせる
- その日覚えた仕事については、その日のうちに要点を整理させる
- 覚えた仕事については、定期的に習得した内容を確認する
- 与えたテーマ（仕事）については、実践させたり、発表の機会を与えたりする

■ 院内でのスピーチやプレゼンを経験させる

アメリカ国立訓練研究所の研究によって導き出された、学習定着率を表す「ラーニングピラミッド」というモデルがあります。これは、人の経験や学習の過程を分類したもので、まず体験して、次に自ら参加し観察して最終的に言葉やビジュアルで表すことができるようになるということを表しています。

4

医業経営情報レポート

院長が実践する上手な褒め方、叱り方のポイント

■ 上手な褒め方のポイント

(1)何を褒めるのか

院長は、職員が診療所の理念・方針に沿った行動や考え方、患者対応をしたときに褒めることが重要です。人は褒められることで「これで良いのだ」というフィードバックを受けたことになり、褒めた方向に職員を向かわせることができるからです。診療所職員としてあるべき姿を描き、その姿に合った行動をした職員がいたら即座に褒めるべきなのです。

■ 院長が率先して褒めるべき事

- 診療所の理念・方針に沿った行動
- 診療所の理念・方針に沿った考え方
- 診療所の理念・方針に沿った患者対応 など

(2)いつ褒めるのか

院長はどのタイミングで褒めればよいのでしょうか。その場で褒めずに後で褒めたり、さらに人事評価面接の時に、あの時は良かった等と言ったりするケースは適切ではありません。

人の良い行動を促し、悪い行動を減らすという行動に着目した学問に、行動科学があり、その中で「60秒ルール」というものがあります。

行動を促したければ、その行動をみて「60秒以内」に関わるということが重要だという意味であり、60秒を超えたら効果がないわけではなく、その場で褒める（叱る場合も同様）ことにより、褒められた行動は繰り返すことができ、叱られた行動は減少する傾向があるといわれています。

(3)どのように褒めるのか

褒める際のポイントを具体的に確認します。

■ 褒める機会を多く持つポイント

- ① 達成感を味わわせる
- ② 積極的に職員に関わる



ジャンル:人材・人事制度 > サブジャンル:資格基準

資格基準の構築

職員の資格基準は、どのようなステップで構築すればよいでしょうか。

経営ビジョンを達成するためには、職員一人ひとりが役割を分担し、これを果たすための責任と必要な能力を明示する必要があります。人事制度の構築は、これを明示するための基準作りから始まります。

資格基準とは、病院が経営ビジョン達成のために、職員一人ひとりに求めるこれら「役割責任」「発揮能力」の基準を明示したものです。

この基準に沿って、職員の等級を決め、仕事分担、能力開発、評価や処遇といった各制度を組み立てて運用します。

従来の医療機関、とりわけ多職種が集まる病院の人事制度においては、職種（保有ライセンス）の違いをベースとして、採用形態や給与、教育等が運用されていました。

しかし、チーム医療による効率的で質の高い医療提供が求められる中では、縦割り組織ではなく、横の連携を重視した組織作りが必要です。



そのため、職種を重視した組織体制や人事制度を改め、役割と能力を基準とした資格（等級）をベースにした運用がカギになります。保有資格ごとの専門性を追求するのはもちろんですが、経営ビジョンを達成するための組織としての役割とは、資格の壁を取り払うことなのです。

■資格基準のステップ

●STEP1 役割資格フレームの設計

役割資格フレームの枠組み設計、等級数、役割・能力基準、該当役職等の検討

●STEP2 役割責任・発揮能力の詳細化

職務調査による役割・能力の洗い出し、役割責任・発揮能力の分類とグレードの決定

●STEP3 役割基準の運用ルールを検討

新入職員、中途採用職員の格付けルールの検討、昇格、降格ルール等、配置転換の検討

医局	看護部門			診療技術部門					看護部門		事務	
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	ホームヘルパー	介護支援専門員

医局	看護部門	診療技術部門	看護部門	医局
		役割 レベル4		
		役割 レベル3		
		役割 レベル2		
		役割 レベル1		



ジャンル:人材・人事制度 > サブジャンル:資格基準

役割等級フレーム

役割等級フレームの設計方法、および役割と等級の関連付けについて教えてください。

■役割等級フレームの枠組み設計

役割等級フレームとは、人事制度全体の設計図に該当し、病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したものです。このフレームを軸にして、評価や処遇といった他のシステムを連動させて運用します。

最初に全部門・職種に共通するものを作成し、その上で部門と職種については、それぞれ病院内での位置付け、仕事の内容、役割分担、必要能力も異なるため、病院共通のフレームを細分化する作業を行います。

■役割と等級の関連付け

役割の重要度や困難度は「等級」で表現します。経営ビジョンを達成するためには、院内においてどのような役割が、またどう分担すれば、最も効率よく達成できるかを十分議論することが必要です。この役割が固まれば、役割の重要度・困難度に応じて、段階別に区分したものを等級という形で示し、必要な役割や発揮能力の深さを表現します。等級をどのくらいの数にするかは、

病院の職員構成、人事方針や将来の事業計画等に基づいて決定します。つまり、役割にふさわしい肩書と責任、権限を「役職」を通じて与えることが重要です。職能資格制度では、能力向上に伴い昇格するため各等級には職員数の制限はなく、4等級以上の職員であれば主任になる資格を有し、仮に降格となっても等級は変わらないといった運用がなされています。このように、職能資格制度における等級と役職との相互関連は弾力的であり、等級を優先させることになります。

しかし、ビジョン達成型人事制度の資格基準については、あくまで役割を優先するため、必要な役割を分担し、同様の役割を何名で実施するのかを十分検討する必要があります。役職者の数と該当する役割区分の職員数は等しくなり、昇格には定員があります。つまり、限りあるポストに就くのは、最適任者のみであることを前面に打ち出すことによって、年功的な運用を可能な限り、排除することができます。

役割	等級	発揮能力	職 種											
			管理職		専門職						総合・一般職			
方針具現者		経営	院長	副院長										
			部長	事務長										
利益創出者		管理	医局長											
			師長	科・課長										
統括者	4	判断			医師	看護師・准看護師	薬剤師	診療放射線技師	O・I・P・T	管理栄養士・栄養士		事務職	非専門職	
	3	育成												
提供者	2	一般常職												
	1	専門知識・技能									他		他	