

週刊WEB

医療経営

MAGA
ZINE

Vol.729 2022.7.5

医療情報ヘッドライン

**20年度の後期高齢者医療は大幅黒字
コロナ禍の受診控えで医療費が減少**

▶厚生労働省

**熱中症搬送者、6月としては過去最多
救急車の出勤率も高まり非常体制へ**

▶総務省 消防庁

週刊 医療情報

2022年7月1日号

**23年度シーリング
「地域連携プログラム」枠を提案**

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11月)**

経営情報レポート

**定着率を向上させる
人事評価制度の組み立てと運用法**

経営データベース

ジャンル:リスクマネジメント > サブジャンル:医療事故とリスクマネジメントの現状
**院内暴力・クレームの実態
院内暴力への対応マニュアル**

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 江美経営ビル
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

20年度の後期高齢者医療は大幅黒字 コロナ禍の受診控えで医療費が減少

厚生労働省

厚生労働省は、6月23日に「令和2年度（2020年度）後期高齢者医療制度（後期高齢者医療広域連合）」の財政状況を公表。

収入合計が16兆5,609億円で前年度比34億円増（0.02%増）とほぼ横ばいだったのに対し、支出合計は15兆7,390億円で前年度比4,579億円減（2.83%減）だった。

収支差は8,219億円の黒字で、前年度から4,613億円の増加。単年度収支でも4,667億円の黒字と大幅に財政状況が好転したが、コロナ禍で高齢者の受診控えが起きたことによる医療費の減少が要因と見られる。

■現役1.5人で高齢者1人を支える時代へ

後期高齢者医療制度は、75歳以上が加入する医療制度。2008年4月に開始されており、各都道府県の広域連合が運営している（窓口業務は各市区町村が実施）。

現役世代が支えるという考え方で設計されており、収入の9割は公費と現役世代の支援金で構成されている。

現役世代の支援金に相当する「後期高齢者交付金」は、2019年度が前年度比2,334億円増の6兆5,220億円だったのに対し、6兆3,703億円と1,517億円の減少だった（2019年度は単年度で839億円の赤字）。

これらを踏まえると、収入の伸びが鈍化していることの深刻さがわかる。2018年度からの収入合計を並べると、16兆365億円、16兆5,575億円、16兆5,609億円。今後、現役世代は加速度的に減っていくため、大幅に伸びる見込みはない。一方で高齢者は増え続けており、今年度（2022年度）からついに人口で最大のボリューム層である「団塊の

世代」が後期高齢者の仲間入りをはじめた。

2025年にピークを迎えるが、それで一息つけるわけではない。2040年には1971年から1974年の第二次ベビーブームに生まれた「団塊ジュニア世代」が前期高齢者である65歳となり、「現役1.5人で1人の高齢者」を支えなくてはならなくなるからだ。

政府はこうした状況を見据え、今年10月から後期高齢者自身で医療費を少しでも賄えるようにと窓口負担を2割に引き上げる。

ただし、現役世代の負担軽減効果は2025年時点で830億円程度と試算されており、負担が減る実感は得にくいだろう。むしろ、後期高齢者も現役世代も大きな負担感に疲弊するようになることが懸念される。

■国保もコロナ禍の影響で過去最大の黒字

なお、厚労省は同日に国民健康保険の財政状況も公表。収入は23兆6,585億円で前年度比3,851億円減（1.6%減）、支出は23兆2,297億円で前年度比8,444億円減（3.5%減）。支出額の大幅な減少は、やはりコロナ禍での受診控えによる医療費の減少が影響していると思われる。

収支差は2,054億円と過去最大の黒字で、前年度比2,993億円増となった。

医療機関を受診しなければ医療費はかからない。当然の論理だが、実際に可視化された意味は大きいかもしれない。社会保障費の抑制に取り組む政府が「受診を控えさせれば財政健全化が実現する」と考える可能性もあるからだ。かかりつけ医の制度化も進められる中で、医療行政がどんな方向に進んでいくか注視する必要があるだろう。

熱中症搬送者、6月としては過去最多 救急車の出動率も高まり非常体制へ

総務省 消防庁

総務省消防庁は6月28日に「全国の熱中症による救急搬送状況 令和4年6月20日～6月26日（速報値）」を公表。6月20日からの1週間に熱中症で救急搬送された人は全国で4,551人となった。6月としては過去最多の数字で、前週の1,337人から3,214人と大幅に増えている。東京消防庁によれば、東京都内の救急車の出動率は6月27日午前の時点で95%を超え、非常用の車両30台を追加。

新型コロナウイルス対応で救急搬送が増加したときと同様の非常体制をとっている。

■65歳以上の高齢者が全体の54.0%を占める

総務省消防庁の速報値によれば、搬送後の傷病程度でもっとも多いのは「軽症」で2,982人。全体の65.5%を占めている。

しかし、安心できないのは、次いで多いのが「中等症」という点だ。1,418人で全体の31.2%を占めているが、熱中症の中等症は決して軽くない。

環境省の「熱中症環境保健マニュアル2022」（出典は日本救急医学会熱中症診療ガイドライン2015となっている）によれば、中等症は重症度のⅡ度。同マニュアルによれば、症状として頭痛や嘔吐、倦怠感、集中力や判断力の低下を挙げたうえで、「意識がおかしい、自分で水分・塩分を摂れない、応急処置を施しても症状の改善が見られないとき」の程度を指しており、すぐに医療機関へ搬送すべきだとしている（なお、速報値によれば死亡者は4人、入院して治療が必要なⅢ度の重症は89人だった）。

発生場所にも着目したい。熱中症で通常警

戒されるのは戸外での過ごし方だが、実際にもっとも多いのは「住居」で1,698人（全体の37.3%）。次いで「道路」が823人（同18.1%）、「公衆（屋外）」が634人（同13.9%）となっている。

年齢区分別でもっとも多かったのは65歳以上の高齢者で、2,458人（同54.0%）。

次いで成人1,493人（同32.8%）、少年568人（同12.5%）、乳幼児32人（同0.7%）。新生児は0人だった。

■例年以上の猛暑到来で後遺症対応も重要に

今年は、統計を取りはじめた1951年以降でもっとも早い梅雨明けを迎えた。

梅雨明け後は気温があがるため、熱中症搬送者数は増加する。日本気象協会の長期予報によれば、7月から9月の平均気温は全国的に平年より高くなる見込み。日中35度を超える猛暑日が続くおそれもあり、熱中症対策の重要度が例年以上に高まりそうだ。

熱中症が疑われる場合、その場の素早い応急処置が重要なのは当然だが、救急搬送の対象となる中等症以上の人が増えることで、後遺症対応のニーズも高まると考えられる。

体内の体温が上昇して全身の臓器が不可逆的な障害を受けるからだ。具体的な後遺症としては、脳梗塞や認知障害などの中枢神経障害、肝臓や腎臓の機能低下のほか自律神経失調症などが挙げられるが、中には熱中症の後遺症と気づかず不調を訴える患者も出てくるだろう。医療機関には、予防や応急処置の助言を含め、幅広い可能性を視野に入れた臨機応変な対応が今まで以上に求められそうだ。

医療情報①
 日本
 専門医機構

23年度シーリング 「地域連携プログラム」枠を提案

厚生労働省は6月22日、「医道審議会医師分科会専門研修部会」（部会長＝遠藤久夫・学習院大学経済学部学部長）の会合を開き、日本専門医機構理事長の寺本民生参考人から2023年度の専攻医シーリング案について報告を受けた。

寺本参考人はシーリングについて、都道府県別では、医師多数の大都市圏の医師数が減少し周辺県での増加の例を認めるものの、すべての医師少数県で全国平均以上の専攻医数の増加には至っていないと説明。診療科別では、シーリング対象外の診療科での増加は認められるが、外科や病理は全国平均以上の専攻医数の増加には至っていないとした。

そのうえで、23年度の通常募集および連携プログラムにおけるシーリング数の計算方式は、22年度と同様とし、以下を行うことを提案した。

- ▼医師不足の東北地方等での地域偏在是正効果は限定的なため、足下医師充足率が低い都道府県との連携プログラムを「特別地域連携プログラム」として別途設ける
- ▼子育て世代の支援を重点的に行っているプログラムは特別地域連携プログラムの設置を条件に基本となるシーリング数に子育て支援加算を行う

また、特別地域連携プログラムの要件は、以下などとした。

- ▼連携先は原則、足下充足率（18年度足下医師数÷24年度必要医師数）が0.7以下の医師不足が顕著な都道府県
- ▼採用数は、原則都道府県限定分と同数
- ▼研修期間は全診療科共通で1年以上

寺本参考人は、23年度の特別地域連携プログラムで見込まれる効果として、たとえば内科領域では、22年度のシーリング対象外地域で勤務する内科領域専攻医は99.5人だったものが23年度には137.8人となると試算。麻酔科領域でも14.5人が26.8人に増えるとした。

●「ミニ一極集中」憂慮する意見も

意見交換で、立谷秀清委員（全国市長会会長／相馬市長）は、「専攻医の意見や希望だけを聞いても東京一極集中は何も変わらない」と強調。さらに、「地方と東京との偏在と同様に、地方にも大学病院所在地などのミニ一極集中の課題がある」と指摘。「特別地域連携プログラムの専攻医が地域のミニ一極集中先に行っても意味がない。その問題を解決するために県の医療調整会議があるが、福島県では連携プログラム含めて、どの地域のどの病院にどのような医師を配置するかなどは一切議論されておらず、専攻医派遣元（県）との調整などを誰がするの

最近の医療費の動向

/ 概算医療費（令和3年度11月）

厚生労働省 2022年3月31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	本人	家族	国民健康 保険	(再掲) 未就学者			
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
4～9月	20.5	11.3	6.2	3.5	2.3	5.1	0.5	8.1	1.1
4～11月	27.7	15.4	8.5	4.8	3.1	6.9	0.7	11.0	1.4
9月	3.5	1.9	1.1	0.6	0.4	0.9	0.1	1.4	0.2
10月	3.8	2.1	1.2	0.7	0.4	0.9	0.1	1.5	0.2
11月	3.5	1.9	1.1	0.6	0.4	0.9	0.1	1.4	0.2
令和3年度4～11月	29.2	16.6	9.4	5.2	3.5	7.3	0.9	11.3	1.3
4～9月	21.8	12.4	7.0	3.9	2.6	5.4	0.7	8.4	1.0
9月	3.6	2.1	1.2	0.7	0.4	0.9	0.1	1.4	0.2
10月	3.8	2.1	1.2	0.7	0.4	0.9	0.1	1.5	0.2
11月	3.7	2.1	1.2	0.7	0.4	0.9	0.1	1.5	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
4~9月	16.3	10.5	8.0	7.8	7.3	17.4	8.3	45.0
	9月	2.8	1.8	1.4	1.3	3.0	1.5	7.6
	10月	3.0	2.0	1.5	1.4	3.2	1.7	8.1
	11月	2.8	1.8	1.4	1.3	3.0	1.6	7.6
令和3年度4~11月	23.3	15.6	12.0	11.5	11.4	25.2	15.3	62.5
4~9月	17.3	11.6	9.0	8.6	8.5	18.7	11.5	46.6
	9月	2.9	1.9	1.5	1.4	3.1	1.7	7.7
	10月	3.0	2.0	1.6	1.5	3.3	1.9	8.0
	11月	3.0	2.0	1.5	1.4	3.2	1.9	8.0

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	
4~9月	20.5	16.3	8.0	6.9	1.4	3.7	0.4	0.17	8.3	10.5	1.4	
	9月	3.5	2.8	1.4	1.2	0.3	0.6	0.1	0.03	1.4	1.8	0.3
	10月	3.8	3.0	1.4	1.3	0.3	0.7	0.1	0.03	1.5	1.9	0.3
	11月	3.5	2.8	1.4	1.2	0.3	0.6	0.1	0.03	1.4	1.8	0.3
令和3年度4~11月	29.2	23.4	11.1	10.1	2.1	5.1	0.5	0.28	11.6	15.2	2.1	
4~9月	21.8	17.4	8.3	7.6	1.6	3.8	0.4	0.21	8.6	11.4	1.6	
	9月	3.6	2.9	1.4	1.3	0.3	0.6	0.1	0.04	1.4	1.9	0.3
	10月	3.8	3.0	1.4	1.3	0.3	0.6	0.1	0.04	1.5	1.9	0.3
	11月	3.7	3.0	1.4	1.3	0.3	0.6	0.1	0.04	1.5	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
4～9月	11.2	11.1	2.2	7.0	1.9	3.7	0.15
9月	1.9	1.9	0.4	1.2	0.3	0.6	0.03
10月	2.1	2.1	0.4	1.3	0.4	0.7	0.03
11月	1.9	1.9	0.4	1.2	0.3	0.6	0.03
令和3年度 4～11月	16.0	15.7	2.9	10.2	2.7	5.4	0.24
4～9月	11.9	11.7	2.2	7.6	2.0	4.0	0.18
9月	2.0	1.9	0.4	1.2	0.3	0.7	0.03
10月	2.1	2.0	0.4	1.3	0.4	0.7	0.03
11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
4～9月	18.2	36.5	38.2	9.8	7.7	9.9	11.5	15.0
9月	18.1	37.1	38.8	9.8	7.8	9.7	11.5	14.8
10月	17.8	38.0	39.7	9.5	7.7	9.5	11.5	14.4
11月	18.1	37.6	39.3	9.7	7.7	9.5	11.6	14.7
令和3年度 4～11月	18.3	38.5	40.2	10.0	7.9	9.5	11.7	15.0
4～9月	18.3	38.3	40.0	10.0	7.9	9.5	11.7	15.0
9月	18.5	38.6	40.3	10.2	7.9	9.7	11.7	15.2
10月	18.3	39.1	40.8	9.9	7.9	9.5	11.6	14.9
11月	18.3	39.4	41.1	9.9	7.9	9.5	11.6	14.9

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を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



福 祉 経 営

定着率を向上させる

人事評価制度の 組み立てと運用法

1. 人事評価表をオリジナルで作成すべき理由
2. 5つのステップで完成するプロセス評価
3. 法人理念の実現に向けた行動基準の作り方
4. サービス力がアップする職務評価
5. 育成効果を高めるためのポイント
6. 人事評価結果を来期の育成に活かす仕組み



1

医業経営情報レポート

人事評価表をオリジナルで作成すべき理由

■ 理念実現や職員成長のために活用する評価表

人事評価制度が上手く機能していない失敗例としては、施設長が他施設やネットから評価表を流用している、書籍に記載されている評価表をコピーして職員に渡しているなどのケースです。

この場合、形だけの人事評価制度が構築され、法人理念や職員の声が反映されないために、職員から受け入れられない制度になってしまいます。現場の職員から「こんな人事評価制度はダメだ!」と言われるようでは、人事評価制度の運用がうまくいくはずがありません。

人事評価表は、見た目の美しさや項目の精密さを追求するのではなく、法人や施設が目指していることや、職員のなりたい姿が評価表に落とし込まれていることがとても重要です。人事評価表は、職員を育て、職員の成長を通して理念を実現するために活用するものだからです。

法人理念や求める職員像は施設によって異なります。したがって評価表は施設オリジナルのものでなければ意味がありません。

評価表は理念実現や職員成長のために活用するもの



リーダーの思いが詰まっていない評価表
評価要素が多すぎて細かすぎる評価表



法人や施設が目指していることが記載された評価表
職員のなりたい姿が落とし込まれた評価表



施設オリジナルの評価表でなければ意味がない

■ 評価項目別の評価要素の作成

施設オリジナルの評価表を作成する場合、一般的に施設長を含むプロジェクトメンバー（リーダー）が考えて施設独自の評価内容や着眼点を定めますが、評価表の評価要素は一般的な評価理論に沿って作成します。

これにより評価項目や評価要素の抜けや漏れを防ぐことができます。

(1)人事評価表の構成

人事評価表の構成要素の大枠は、「プロセス評価」、「職務評価」、「個別目標評価」の3つに分かれ、そのうち1つを導入することも有効です。

(2)プロセス評価における3つの評価項目

人事制度の運用のカギを握るといわれる人事評価の項目は、通常3つの評価項目の組み合わせによって成り立っています。

2

医業経営情報レポート

5つのステップで完成するプロセス評価

■ 職員参加型で行うオリジナル人事評価表の作成方法

職員育成を主眼とする人事評価制度では、人事評価表において法人・施設が求める職員像、評価・育成のポイント（基準）を着眼点としてまとめ、明示する必要があります。

また、人事評価表の作成方法も様々なものがありますが、職員の理解を促進し、早期の浸透を目指すには、職員を巻き込んで作成することが望まれます。

【ステップ1】人事評価表策定チームの結成

全職員で作成することも一つの方法ですが、現実的かつ効率を考えると、ある程度メンバーを絞り込んで実施することが望ましいといえます。

メンバー選定のポイントは以下の通りです。

- 施設のキーマンを外さない
- 全ての部門から最低1名は参加させる
- できれば、一般職員も参加させる

【ステップ2】着眼点の抽出

メンバーが集まったら、まずは理想の職員に求められる要件（着眼点）の抽出を行います。

「いつも笑顔で挨拶ができる」とか、「書類の提出期限を守る」といった単純なことから、「子どもの成長段階にあわせた確かな保育計画を立てることができる」といった高度な内容まで、思いつく限りたくさんあげてもらいます。

【ステップ3】着眼点の整理

ステップ2で抽出した着眼点について、整理を行います。まずは全く同じ内容のものは一つにします。また、似た内容については同じカテゴリーに分類します。その際、それが人事評価の評価要素（規律性、責任性など）のどこに該当するかも考慮します。

【ステップ4】着眼点の文章化

ステップ3でカテゴリー分けした着眼点を一つの文章に整理していきます。「明るい」「笑顔」「挨拶」といった項目をまとめて、「笑顔で明るい挨拶ができているか」といった具合に着眼点の文章としてまとめます。この時のポイントは、一つの文章にまとめられないものは、要素としては別であると判断して、それぞれで文章化を行うことです。

【ステップ5】着眼点の絞り込み

最後に、ステップ4で文章化した着眼点から、実際に評価表に掲載する着眼点を選択していきます。評価表に掲載する着眼点は、職員が理解し日常心掛けることができる程度の数に絞り込むことが望ましいといえます。

3

医業経営情報レポート

法人理念の実現に向けた行動基準の作り方

■ コンピテンシーの活用

評価制度の導入に限らず、職員の行動基準を作成する上で有効なツールとして「コンピテンシー」というものがあります。コンピテンシーとは、職場内の優秀者に共通してみられる行動特性のことで、「ある職務や役割において優秀な成果を発揮する行動特性」などと定義されています。優秀職員の専門技術・ノウハウ・基礎能力等を細かに観察し、何がその人を「仕事ができる職員」にしているのかを明らかにするものです。

このコンピテンシーをベースに自施設の人事評価要素を組み立てることも可能です。

コンピテンシーに関しては、いくつも書籍が出されていますので、これを参考に自施設にとって大事な要素を整理して、文章を施設内で考えるのもひとつの方法です。コンピテンシーベースで評価要素を先に選出してから前述のステップ2へ進む方法が効率的ともいえます。

■ 行動基準作成時の3つのポイント

行動基準は、法人が目指す理想の職員像が凝縮されたものでなければなりません。理念を実現するのが、理想の職員であれば、理念が法人毎に異なるように、理想の職員も法人毎に異なります。理想の職員像へと向かわせる行動基準とするには、次の3つのポイントを含めたり、補足したりして作成します。

(1)自分達が使っている言葉で表現する

職員と共に作り上げた行動基準には、各人の理想の職員像が凝縮されます。

施設内だけに通用する言葉、振る舞い等施設で自分たちが使っている言葉を積極的に取り入れるのも効果的です。

(2)理想とする職員の姿を表現する

行動基準は、今できていることよりも、こうなって欲しい、こうなりたいという未来志向のものを落とし込む必要もあります。評価要素にもよりますが、育成の方向付けを行うのが行動基準という認識の上、文言の確認をしていきます。

(3)具体例を示す

行動基準は、短文で分かりやすく表現される必要があります。行動基準の作成当事者は行動基準の文だけでなく、その文に至った背景も知っています。しかし、行動基準だけ初めて知る職員には、具体的にどのようなことかが伝わらない事があります。

それを避けるために、具体的にどのようなことかを例示すると分かりやすくなります。

4

医業経営情報レポート

サービス力がアップする職務評価

■「できる」を重視した評価表モデル

人材育成を進めたいものの、人事評価制度の導入には、運用面で不安があるなどの理由で導入には消極的な施設もあると思われます。このような状況である施設については、評価項目を等級制度（キャリアパス）とコンピテンシーの両面での評価を可能にした人事評価表を紹介します。コンピテンシーでは、求める人材像を明確に示すことで、当施設の職員にどのような人材になって欲しいのかを「理解」させ、「遵守」させることを主眼に置きます。

一方、職務評価（真の現場力）の場合、職員それぞれ職種、能力レベルの違いがありますので、それぞれの等級（キャリアパス）に求められる役割、業務をどれだけ「できる」のかを評価することができます。

◆人事評価表(職務評価)サンプル(介護職員)

【③職務遂行度評価】 ※評点は、評価基準に基づき整数(1~5)で記入

課業	課業の内容	評価配分	自己評価		一次考課		二次考課		最終評価	
			評点	考課点数	評点	考課点数	評点	考課点数	評点	考課点数
食事介助	食事準備(配膳・下膳)・後始末	2.0 %		0.0		0.0		0.0		0.0
入浴介助	浴室脱衣室の準備・後始末	2.0 %		0.0		0.0		0.0		0.0
排泄介助	おむつ交換の準備・実施・後始末	2.0 %		0.0		0.0		0.0		0.0
整容・着替介助	整容・着替介助・爪切り・耳掃除等	2.0 %		0.0		0.0		0.0		0.0
日常生活上のリハビリ	基本動作訓練(歩行・起立・保持等)	2.0 %		0.0		0.0		0.0		0.0
バイタルチェック	体調不良者の体温・血圧測定・医務への連絡	2.0 %		0.0		0.0		0.0		0.0
	排尿・排便量の把握	2.0 %		0.0		0.0		0.0		0.0
	容態観察(巡回)	2.0 %		0.0		0.0		0.0		0.0
	皮膚・全身状態の観察	2.0 %		0.0		0.0		0.0		0.0
医療的ケア	服薬・点眼・座薬・湿布等の使用介助	2.0 %		0.0		0.0		0.0		0.0
	異食・誤嚥・嘔吐・下痢の対応	2.0 %		0.0		0.0		0.0		0.0
コミュニケーション	利用者からの相談・援助業務	2.0 %		0.0		0.0		0.0		0.0
送り・引継ぎ	送り・引継ぎの実施	2.0 %		0.0		0.0		0.0		0.0
	他部署との報告・連絡・相談	2.0 %		0.0		0.0		0.0		0.0
入居時対応	嗜好品・趣味・特技等の確認	2.0 %		0.0		0.0		0.0		0.0
	入居後の様子観察(声掛け等)	2.0 %		0.0		0.0		0.0		0.0
アセスメント	健康状態・精神状態の把握	2.0 %		0.0		0.0		0.0		0.0
記録	担当利用者の申し送り事項作成・回覧	2.0 %		0.0		0.0		0.0		0.0
連絡調整	管理職への報告・連絡・相談	2.0 %		0.0		0.0		0.0		0.0
	ご家族への協力依頼や調整・報告・連絡	2.0 %		0.0		0.0		0.0		0.0
合計		40.0 %		0.0		0.0		0.0		0.0

ジャンル:リスクマネジメント > サブジャンル:医療事故とリスクマネジメントの現状

院内暴力・クレームの実態

院内暴力・クレームの実態について教えてください。

(1) モンスター・ペイシエントに見え隠れする院内暴力増加の実態

医療機関職員が患者から暴言を浴びせられたり、身体的暴力行為を受けたりする「院内暴力」が社会的問題として取り上げられています。病気や症状で苦しんでいる患者が、治療や予後に対する不安やストレスから医療者側に不満をぶつける事態は従来からみられたケースですが、そうした「患者支援の範囲」を超越する暴言や暴力行為、医療現場でモラルに欠けた行動をとる患者（モンスター・ペイシエント）が増加しているのが現状です。

■暴言・クレーム事例

- 診察の待ち時間が長いと腹を立て、患者や家族が壁を蹴ったり、暴言をはく
- 検査に異常がないとわかると検査費用の支払いを拒む
- 暴力によって怪我を負う

(2) 精神的な院内暴力は表面化しにくい傾向がある

院内暴力の当事者の多くは患者本人であり、その大部分が加害者になるケースが多くなっています。患者の家族・親族など関係者が起こす言動による場合もありますが、暴言など「精神的暴力」が「身体的暴力」より多い傾向にあるのが現状です。

一般に、加害者が暴言や暴力行為を意識的に行う場合は、報復が困難だと感じる相手を選択する傾向があるといわれています。しかし近年では、自身の思い通りにならないことだけを理由として、受付や会計時に職員を罵倒したり、相手を選ばずに理不尽な要求を突きつけ続けたりする患者や家族等が増えています。

(3) 院内暴力の影響と事後に予想されるダメージ

診療所や病院内で起こる暴言や身体的暴力は、当事者となった職員・患者やその家族、来院者だけではなく、目撃者や周囲にいた人々など関係する全員に対して、程度は様々ながらマイナスの影響を及ぼします。身体的な障がいをもたらす暴力行為は、被害者の心身に影響を与えるため、ストレス障がい（ASD:急性ストレス障がい、PTSD:外傷後ストレス障がい）の原因になることがあります。幸いにしてこれらに至らなくても、危険や恐怖を感じるでき事に遭遇した後にはストレス反応（PTSR:外傷後ストレス反応）が生じるものですから、直後には影響の大きさを測ることは困難かもしれません。症状がASDやPTSDに該当すると疑われた場合には、専門医を受診して治療する必要があります。



ジャンル:リスクマネジメント > サブジャンル:医療事故とリスクマネジメントの現状

院内暴力への対応マニュアル

院内暴力への対応マニュアルの整備とその方法について、教えてください。

(1) 対応マニュアルにおける行為レベルの定義

一般に暴言や暴力行為が発生した場合には、予め定義したレベルに応じた対応を行うことが適切かつ効果的です。

特に、緊急で対応を迫られるケースに備えて、危機管理体制のひとつと位置づけ、職員全員が同様に対応できるようにする必要があります。

(2) 暴力対応研修と発生後のフォローの重要性

苦情やクレーム対応については、担当部署あるいは担当者が決められていることが多く、研修は限られた職員が受講することになりがちですが、院内暴力対応研修は、全ての職員に対して実施しなければなりません。

それは、暴言や暴力行為に至るメカニズムを理解したうえで、これを回避する方法や能力を習得し、適切な対応をとれるようにしておく必要があるためです。

したがって、新入職員オリエンテーションや年間研修スケジュールに組み込み、定期的な実施を継続していくことが求められます。

(3) 院内暴力のレベル

院内暴力の中には、その種類によって刑事罰に相当する行為も含まれます。

例えば、暴言は身体的傷害に結びつくことが少ないものの、言葉の暴力として脅迫罪や強要罪、名誉毀損等に該当する場合がありますから、予め「暴力とみなせる行為」を示しておき、自院内の実態を把握すると共に、予防策の検討を進めて、院内暴力に対するリスクマネジメントに役立たせることができます。

(4) 研修プログラムに盛り込むべき内容

● 暴言・暴力に関する基本的知識

暴力のメカニズム、暴力のリスク要因等

● 暴言・暴力のリスクマネジメント

● 院内暴力をめぐる現状の周知と理解

● 暴力等発生を回避、緩和するコミュニケーション能力の育成

不快な症状・疼痛の緩和方法、十分な説明と同意の確認、暴言・不快な態度への対応トレーニング

● 身体的危機の回避対処法

具体的場面での回避策、回避基本的護身術、抑制方法

● 院内暴力発生時の自院としての組織的対応

対応フロー、連絡・報告体系、情報共有システム、精神的支援体制 等