

はしがき

高齢化の進展によって、医療・介護の需要は増大する一方です。現在、各都道府県における地域医療構想（ビジョン）の策定が進む中、医療機関のさらなる機能分化に伴う病床機能の特化や転換の必要性に迫られるなど、医療機関などの経営者にとっては設備投資タイミングの見極めなどの経営判断がますます強く求められる時代となり、医療機関の経営を取り巻く環境はいっそう厳しくなるものと思われます。

独立行政法人福祉医療機構のデータによれば、平成22年度以降、人件費率が上昇傾向にあることを主な要因として、医業収益対医業利益率は続落の状態です。また、平成21年度を境に赤字法人割合が拡大傾向にあり、とりわけ医業収益規模が小さい法人ほど赤字の割合が拡大しています。さらに、財務の状況については、赤字法人はもとより黒字法人も資金繰りは年々逼迫している状況です。

また、医療法人改革の中で、公益性發揮を期待された社会医療法人の31.2%が赤字に陥っています。これはつまり、社会医療法人は医療法人よりも倍近くも赤字病院が多いという状況なのです。

そこには、収益の減少に見合った費用の抑制を図ることが難しいコスト構造にある多くの医療法人が、診療報酬制度の改定の度に振り回され、医業収益の確保に翻弄され、赤字へと転落していく姿があります。

社会保険の財源が切迫する中において、2018年度から、第7次医療計画、地域医療構想、新専門医制度、医療法人改革、介護保険制度改革、そして診療報酬・介護報酬同時改定など多くの制度が一斉に始まります。

2035年の保健医療が達成すべきビジョンが打ち出され、これに沿った医療政策が今後展開されることにより、医療介護の一体化改革の大きな流れを意識した経営が求められてきます。診療報酬改定に一喜一憂することなく、地域に先駆けて、地域全体の最適化を見通し、戦略的に地域全体をコーディネートする力をつけることが必要です。

このような中で、医療従事者には戦略性だけでなく、特に、医療資源の効率的活用やそれによってもたらされる実質的なアウトカムによる評

価や管理を行う方向になることから、マネジメント力と実行力が求められます。

アウトカムとは、医療従事者と患者との合意の上で意図された、健康に関わる患者の状態の変化結果として患者はどうなったかという診察の結果を示すもので、具体的には治癒率や死亡率などのことをいいますが、これを担保するためにはプロセス（条件、状況、治療）指向が求められます。さらに、チーム医療体制の中では、チームメンバーが同時並行的にある目的を達成するために行動するときには、それぞれの役割・責任・機能を明確にするだけではなく、それぞれの役割の行動計画、実行するプロセスの確立が最低限必要であり、これがなければ質（アウトカム）を保証できません。

これを人事制度で実現できるのが、役割とプロセスを重視した役割等級人事制度です。依然、人事制度が整備できていない医療機関も少なからずありますが、人事制度を導入した医療法人の多くは職能資格制度となっており、職能と職務そして職責（期待される結果）が結びついていないことから、今後アウトカムが重視されていく中において、プロセスや役割中心の人事制度に転換されていくものと考えられます。

本書は、実際にプロセス指向で構築された事例を中心に、構築のためのノウハウおよび留意点について解説をしています。これから人事制度を導入あるいは再構築しようとする医療法人にとって、経営健全化のお役に立てていただければ幸いです。

最後になりましたが、本書の出版のためにご尽力いただきました株式会社日本法令取締役の岩倉春光氏、そして出版にご協力いただいた豊田光展先生、神原伸太郎先生、企画から共に取り組んでいただいた株式会社メディン医療・福祉マネジメントセンターセンター長の森岡利行先生をはじめ、小島信一先生、松木秀夫先生、三ツ星通代先生、山岡美由紀先生に対して心より御礼申し上げます。

平成30年1月

株式会社メディン 代表経営コンサルタント
西村 聰

Contents

+ 第1章 医療機関を取り巻く環境

1	日本の医療を取り巻く状況	8
2	医療・介護分野の改革の行方	11
3	医療政策のビジョン	13
4	医療機関の今後の課題	15

+ 第2章 病院の組織人事の特徴

1	病院における人事制度の課題	18
2	現在の病院の人事制度	22
3	今、医療機関が人事制度を構築・導入する狙い	23
4	病院における「働き方改革」と職務(役割)基準の人事制度	25

+ 第3章 病院における人事制度の構築方法

1	役割等級人事制度構築の流れ	28
2	経営戦略を人事制度に落とし込むための方法	30
3	役割等級人事制度構築・導入までの詳細ステップ	32
4	職務調査から役割基準書作成までの流れ	44
5	「プロセス展開表」の理解	46
6	「プロセス展開表」の作成方法	50
1	現状業務の洗い出しと業務改善作業	—50
2	ありたい姿から導き出される革新的業務および作業の設定作業	—51
3	新たな役割（職務）編成の作業	—52

+ 第4章 各部門の人事制度の構築方法

1	病院における人事制度構築の具体的な進め方	56
---	----------------------	----

Contents

1	医療職プロセス展開表作成の手順と留意点	— 56
2	「作業の流れ(役割行動)」を書き出すことで職務分析を行う	— 58
3	「役割行動」を書き終えれば、 次は「等級レベル」欄を書き入れて職務評価を行う	— 59
4	役割行動ごとに、求められる役割行動能力を明確にする	— 61
5	「るべき姿のプロセス展開表」を作成する	— 61
6	役割基準書を作成する	— 63
7	人事考課表を作成する	— 63
8	人事考課者訓練を行う	— 64
2	看護部 65
1	職種特性	— 65
2	人事制度の構築方法	— 68
3	リハビリテーション科 86
1	職種特性	— 86
2	人事制度の構築方法	— 86
4	放射線科 (放射線技師) 97
1	職種特性	— 97
2	人事制度の構築方法	— 98
5	薬剤科 107
1	職種特性	— 107
2	人事制度の構築方法	— 108
6	地域連携室 115
1	職種特性	— 115
2	人事制度の構築方法	— 116
7	医事課 123
1	職種特性	— 123
2	人事制度の構築方法	— 126
8	総務部 137
1	職種特性	— 137

2 人事制度の構築方法 —— 138

+ 第5章 医師の人事制度

- | | |
|-------------------------------|-----|
| 1 医師の人事制度を導入しなければならない背景 | 152 |
| 2 医師が抱える問題 | 153 |

+ 第6章 人事考課制度の運用

- | | |
|----------------------------|------------|
| 1 人事考課の基本姿勢 | 164 |
| 2 人事考課要素の構造 | 165 |
| 3 考課要素と定義 | 166 |
| 1 業績考課要素 —— 166 | |
| 2 ジョブ・スキル考課要素 —— 166 | |
| 3 セルフコントロール・スキル考課要素 —— 168 | |
| 4 人事考課要素の選定 —— 169 | |
| 5 評価段階の決定 —— 170 | |
| 6 考課要素のウェイト（重み）の決定 —— 171 | |
| 4 人事考課の実際 | 172 |
| 1 考課対象（行動事実）の選択 —— 172 | |
| 2 考課要素の選択 —— 173 | |
| 3 評価段階の選択 —— 173 | |
| 4 人事考課における注意事項 —— 178 | |
| 5 人事考課者訓練 —— 181 | |
| 人事考課者訓練用ケース | 188 |
| ■ 病棟看護科 人事考課者訓練用ケース —— 189 | |
| ■ リハビリ科 人事考課者訓練用ケース —— 205 | |
| ■ 放射線科 人事考課者訓練用ケース —— 214 | |
| ■ 薬剤科 人事考課者訓練用ケース —— 226 | |

Contents

- 医事課 人事考課者訓練用ケース —— 236
- 総務人事課 人事考課者訓練用ケース —— 251

✚ 第7章 人事制度導入後の運用・フォローの方法

- 1 病院における目標管理の展開方法 268
- 2 職員能力の実践的開発 271
 - 1 管理職層の能力開発 —— 271
 - 2 監督職層の能力開発 —— 273
 - 3 モデル病棟づくりによる運用能力の強化 —— 275



第1章

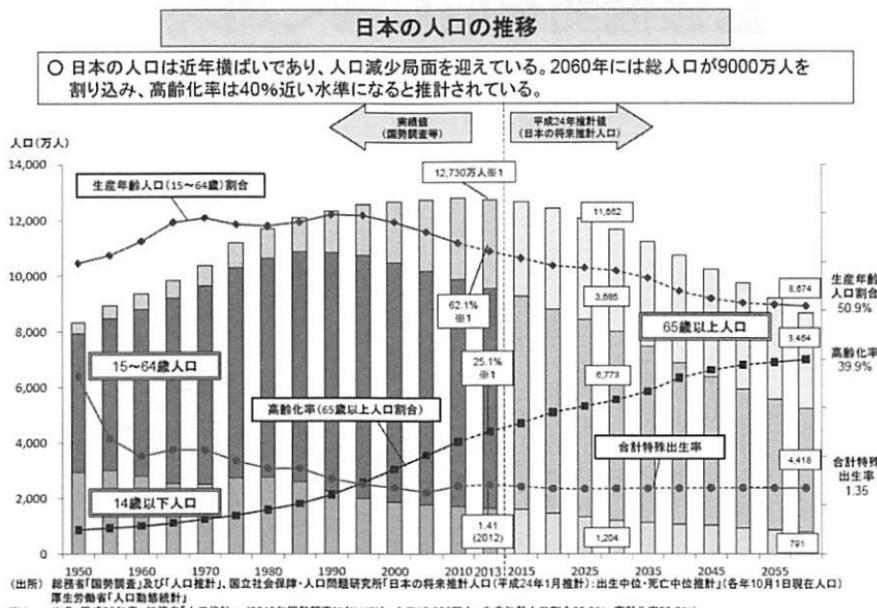
医療機関を取り巻く環境

1 日本の医療を取り巻く状況

日本は、少子化による人口減少と高齢化が進み、2060年には人口は9,000万人を切り、65歳以上の高齢者割合は4割に近づくと予想されています（図表1）。

少子高齢化に加え、晩婚化あるいは非婚化が増加しているため、世帯の高齢化が進み、高齢者夫婦の世帯あるいは単身世帯も増加しています。高齢者は罹患率が高いことから、高齢化による医療費負担は増大しており、高齢者世帯の医療・介護を含めた対応が急務となっています。しかし、医療機関や介護施設による医療・介護のサポートには限界があり、在宅等での診療や介護への移行が必要となります。しかし、医師の不足

●図表1 日本の人口の推移



※厚生労働省ネットワークシステム 我国の社会保障制度の構成と概況より

と地域偏在の問題などにより、医師にも患者にも負荷が大きくなっているのが現状です。この問題の解消に向け、地域の医療機関の連携だけでなく、医療機関と介護施設との連携を具体化した、地域包括ケアシステムの構築が重要課題となっています。

このように高齢化のさらなる進展と人口減少という大きな人口構造の変化に直面し、日本の保健医療は新たな展開が求められています。

保健医療の改革には、短期はもちろん、中長期にわたる継続した取組みが必要であり、これまでにも日本の現状を踏まえ、社会保障を含めた財政再建、地域包括ケアシステムの実施などのさまざまな医療政策のビジョンが示されてきました。これらは、保健医療の価値を高めるため、保健医療システムへの投入資源に対して、人々が得られる価値を最大化すること、すなわち「より良い医療をより安く」享受できるよう、患者にとっての価値に基づく医療の質の向上や効率化を促進し、地域主体でその特性に応じて保健医療を再編することを目標としています。この目標の達成に向けて、地域包括ケアシステムの構築などの取組みが実施されているところです。

そして、さらなる今後を見据え、「保健医療 2035 提言」では「子どもからお年寄りまで、また患者や住民、医療従事者まで、全ての人がいきいきと活躍し続けられるように、様々な暮らし方、働き方、生き方に対応できる、20 年先を見据えた保健医療システムをつくる。」こと、「人々が世界最高水準の健康、医療を享受でき、安心、満足、納得を得ることができる持続可能な保健医療システムを構築し、我が国及び世界の繁栄に貢献する」ことを目標に挙げ、日本が健康先進国となるとしています。（厚生労働省「保健医療 2035 提言書 2015 年 6 月」より）この提言書では、単に既存の取組みを総括的に並べるのではなく、20 年後を視野に入れたビジョンを構想することにより、目的達成に向けた、保健医療において守るべき基本理念や価値観、求められる変革の方向性が示されています（図表 2）。

●図表2 保健医療2035の全体像



※厚生労働省 平成27年6月「保健医療2035」策定懇談会 保健医療2035提言書より

2

医療・介護分野の改革の行方

今後の超高齢化社会においては、医療と介護の垣根がなく、切れ目のない制度が求められます。つまり、「病気と共に存しながら QOL の維持・向上を目指す医療が必要であり、医療は『病院完結型』から、患者の住み慣れた地域や自宅での生活のための医療、あるいは地域全体で治し支える『地域完結型』の医療、さらには住まいや自立した生活の支援までもが切れ目なくつながる医療に」（社会保障制度改革国民会議最終報告書 2013 年 8 月 6 日より）変わらざるを得ない状況が訪れることとなります。

この状況に対応するためには、医療は機能分化を進め、急性期医療と、これに続く回復期等のサービスを充実させることにより入院期間を短くし、早期に自宅での生活復帰・社会復帰を図り、併せて在宅医療・在宅看護を充実させ、地域での包括的なケアシステムを構築することが求められます。したがって、医療と介護との連携を図り、地域包括ケアシステムというネットワークの構築が急務となります。

医療と介護とが連携した体制を実現するためには、医療機関からの医療機能（病床機能）情報の報告・提供が欠かせません。医療機関が①高度急性期、②急性期、③回復期、④慢性期の病期ごとに病床機能を選択し、各医療機関の機能分化の状況と医療連携の情報を開示することで、各地域の実情に合った医療機能ごとの医療必要量を実現することが期待されます。さらに、医療から介護への連携を進め、医療機関および介護施設から地域および在宅へつなぐ体制づくりが必要となります。このためには医療の見直しと介護の見直しは一体となって行う必要があります。医療と介護との連携と地域包括ケアシステムの構築は、医療制度の枠内あるいは介護制度の枠内で完結するものではありません。高齢者が抱えるニーズは、医療分野と介護分野とを併せ持つため、十分なサービスを実現するには医療と介護のネットワーク化が欠かせません。

このネットワーク化を推進するためには、医療機関と介護施設間、あるいはこれらと行政との連携を取り持つ人材が、キーマンとして重要性を帯びてきます。医療・介護分野の改革には、医療機関あるいは介護施設において、この人材の育成を図ることも今後の大きな課題となります。

このため行政は医療政策の目標達成に向け、制度改定を行いますが、その大きな柱となるのが診療報酬改定です。これは、原則として2年に一度行われますが、行政の医療政策の目標達成に即した改定が行われるため、目標達成に必要な医療サービスであるか否かによって、診療報酬の点数が増加・減少することとなります。したがって、診療報酬は医療機関の経営に大きな影響を及ぼすことになります。例えば、その医療機関が主に提供する医療サービスの報酬が、マイナス改定となれば医療機関の収益が低下することとなります。平成28年4月に診療報酬改定が実施されましたが、この改定は医療機関の病床再編を目的に実施されたと考えられ、各地域における必要な医療サービス量を想定し、利用者の状態に応じて、医療機関の必要病床数を適正化しようとする意図が見られます。厚生労働省の調査では、回復期以外の病床は過剰になるとされ、急性期については回復期への機能転換、慢性期については、介護施設等への機能移行を想定しています。これは、高齢化による医療費増大に対して、病床再編を推進することで医療費支出の適正化を図ろうとするものです。このような医療政策の目標達成に向けた制度改定に対して、医療機関はどのように対応し、経営を安定させるかが重要な課題となります。

〈著者略歴〉

西村 聰（にしむら さとし）

（公財）関西生産性本部主任経営コンサルタントとして活動後、株式会社メディンを設立、代表経営コンサルタント。近畿大学、大阪商業大学非常勤講師。経済学修士。第42回日本経営診断学会全国大会診断事例報告にて優秀賞受賞。

業務プロセスの改革を行う独自の役割等級人事制度を構築・導入し、これまで企業だけではなく医療法人および学校法人など多くの組織で経営革新を支援している。

主要著書・論文：「役割等級人事制度導入・構築マニュアル」「賃金設計実務講義」「多様な働き方を実現する役割等級人事制度」（日本法令）、「賃金の本質と人事革新」（三修社）、「医療現場の生産性を高める改善のヒント」（Business Risk Management）、「病院経営と人事考課」（医療経営フェイズ・スリー）、「病院経営と人事制度」（第一生命 サクセスネット通信）ほか多数。

森岡 利行（もりおか としゆき）

“たすかる”サポート*森岡事務所代表。特定社会保険労務士、人事コンサルタント、ハラスマント防止コンサルタント、近畿大学非常勤講師。株式会社メディン医療・福祉マネジメントセンターセンター長。人事システムの構築、ハラスマント、メンタルヘルス対策をはじめとする人事労務問題の相談指導、講演等、幅広く活動している。

執筆：「病院のハラスマント対策」（第一生命 サクセスネット通信）

小島 信一（こじま しんいち）

酒類・食品卸業の営業を経て、小嶋経営労務事務所に入所し、12年間社会保険労務士業務の修業をする。その後、社会保険労務士として平成19年4月に小島経営労務事務所を独立開業し、平成20年に人事・賃金コンサルタントとなる。現在は、中小から上場企業まで各種業種企業の労務顧問、執筆、講演など幅広く活動している。執筆：小さな会社の事務がなんでもこなせる本（日本実業出版）など多数。

松木 秀夫（まつき ひでお）

大学在学中からプロボクサーとして活動し、引退後、社会保険労務士資格を取得し、松木労務管理事務所を開業。特定社会保険労務士。

西村聰氏から役割等級人事制度の指導を受け、人事コンサルタントとして、中小企業を中心に同制度の導入援助・推進を積極的に行っていている。

三ツ星 通代（みつばし みちよ）

社会保険労務士みつばし事務所代表。特定社会保険労務士、人事コンサルタント。

西村聰氏から役割等級人事制度の指導を受け、実践を通じて研鑽を積むとともに、介護、保育事業所などの人事制度の構築や公開（IPO）のための労務管理制度の構築支援にも注力している。

山岡 美由紀（やまおか みゆき）

大学在学中に社会保険労務士試験に合格し、社会保険労務士事務所勤務を経て、山岡美由紀社会保険労務士事務所を開業。特定社会保険労務士、人事コンサルタント。

西村聰氏から役割等級人事制度の指導を受け、実践を通じて研鑽を積むとともに、医療・福祉事業のほか幅広い業種の労務顧問として相談指導を行っている。