週刊WEB
医業経営マガジン
2018
511
2/6

医療情報ヘッドライン

7対1の入院基本料、重症患者割合30%に
急性期対応病院を絞り、10対1移行を後押し
▶厚生労働省　中央社会保険医療協議会総会

2020年度診療報酬改定に向けた検討課題
機能分化や医療・介護の連携促進等20項目
▶厚生労働省　中央社会保険医療協議会総会

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4～5月）

経営情報レポート

マイナンバー制度を効率的に活用
医療等分野IDによる情報連携

経営データベース

ジャンル：人材・人事制度　サブジャンル：人事評価
人事評価の留意点
評価エラーの類型と対処法

本誌掲載記事の無断転載を禁じます。

発行：税理士法人　常陽経営

医療情報ヘッドライン ❶

7対1の入院基本料、重症患者割合30%に 急性期対応病院を絞り、10対1移行を後押し

厚生労働省　中央社会保険医療協議会総会

1 月 26 日、厚生労働省の中央社会保険医療協議会（中医協）総会で、来年度から新たに設けられる「急性期一般入院料 1」の重症患者割合は、30%となることが決まった。「急性期一般入院料 1」は、現行の「7 対 1」に該当する区分で、事実上現行の「10 対 1」にあたる「急性期一般入院料 2～3」への移行を後押しする決定であり、急性期対応病院を現在よりも絞り込むねらいがあるとみられる。

■7対1と10対1の間に位置する評価を設け、移行時の経営的な影響を最小限に抑制

「7 対 1」とは、2006 年に新設された看護基準で、看護師 1 名が 7 名の入院患者を受け持つことを表している。それまでの「10 対 1」（看護師 1 名が入院患者 10 名を受け持つ）よりも手厚い看護が受けられるため、そこにかかる人件費などを考慮し、診療報酬上の評価が最も高く設定されている。

より高い診療報酬を算定できるため、「7 対 1」を目指す医療機関が増えるのは自然の流れで、届出病床数は増加の一途を辿った。

医療費の膨張を促しているとして、その後の診療報酬改定で基準の厳格化を図り、2014 年以降はほぼ横ばいとなっている。しかし、医療費は依然として 40 兆円を超え、また今後さらに高齢者が増えることも踏まえ、厚労省は「7 対 1」から「10 対 1」へ移行する医療機関を増やそうとしてきた。

しかし、「7 対 1」の入院基本料が 1,591 点に対し、「10 対 1」は 1,387 点と 200 点以上の差があるため、移行すれば大幅な減収は免れない。厚労省は、200 床の病院で年間 1 億 2,000 万円減収すると試算しており、大幅な経営的ダメージを回避するため、同省は、入院基本料を全体的に再編・統合して 7 段階に区分する方針を固めている。例えば、「7 対 1」と「10 対 1」の間に位置する中間的な評価を設けることで、移行したときの経営的な影響を最小限に抑える目的がある。

■重症患者割合は支払側の意見で引き上げ

そこで問題となるのが、区分の基準値となる重症患者割合である。現在、「7対1」の算定要件は、「重症度、医療・看護必要度」の該当患者割合が25%以上となっている。中医協の診療側委員は、25%以上でも赤字の病院があるとして、25%の維持を主張する一方で、支払側の委員は30%以上への引き上げを主張し、意見が折り合わない状況が続いていた。この日の会合でも意見の調整がつかず、公益委員による裁定に委ねることとなり、30%以上とすることで決着し、結果的に支払側の意見が通った格好となった。

この決定により、急性期医療は新たな局面を迎えることとなる。事実上、要件が厳格化されたことで、「急性期一般入院料 1」に該当する病棟は、より高度な急性期医療の提供が求められることになるからだ。「7 対 1」の届出を行っていながら重症患者割合 30%以上に届かない病棟は、雇用している看護師を有効に活用する必要もあり、新たな経営戦略を練る必要に迫られるだろう。たとえば訪問看護ステーション併設のほか、介護事業に乗り出すといった方策を講じる等の対応策が考えられる。

医療情報ヘッドライン ②

2020年度診療報酬改定に向けた検討課題 機能分化や医療・介護の連携促進等20項目

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 31 日の中央社会保険医療協議会総会で 2018 年度診療報酬改定の「答申書附帯意見（案）」を提示し、了承された。機能分化や医療・介護の連携のさらなる促進を目指した検討課題が盛り込まれており、次回の 2020 年度診療報酬改定でも入院基本料やかかりつけ医への評価が見直されることとなりそうだ。

■次期改定に向けての検討課題をまとめた答申書附帯意見は、「入院医療」「DPC制度」等

「答申書附帯意見」は、次期改定に向けての検討課題をまとめたもので、「入院医療」「DPC 制度」「外来医療、在宅医療、かかりつけ機能」「医薬品の適正使用」「生活習慣病の医学管理、オンライン診療等」「医療と介護の連携」「医療従事者の負担軽減、働き方改革」など 20 項目が挙げられている。

今回の改定において、入院基本料は再編・統合して新たに細分化した 7 区分で評価することになった。また基準値は、区分に関わらず、再編・統合後は重症患者割合で統一されることとなっている。

2020 年度の改定は、大幅な“改革”を実行して最初の診療報酬改定となるため、検証を行うのは当然だが、附帯意見には「入院医療機能のより適切な評価指標や測定方法等、医療機能の分化・強化、連携の推進に資する評価の在り方について引き続き検討すること」とあるのが目を引く。

1 月 26 日の中医協総会で、従来の「7 対 1」にあたる「急性期一般入院料 1」の重症患者割合は 30%に引き上げられることが決まったが、もし医療費削減効果が表れなければ、「重症度、医療・看護必要度」を評価指標とすること自体を見直すことも予想される。

■算定要件が緩和された「地域包括診療料」の見直しの影響も調査・検証の対象

また、「紹介状なしで大病院を受診した場合の定額負担」の対象医療機関は 500 床以上から 400 床以上へと拡大されたが、この効果を調査・検証することも盛り込まれている。

「入院医療」と同様に、機能分化を促す施策のひとつであり、中医協で 200 床以上にする意見があがったことからも、今後さらに対象を拡大しようとする意向が窺われる。

併せて、今回算定要件が緩和された「地域包括診療料」の見直しの影響も調査・検証の対象となっており、病診連携およびかかりつけ機能をより強化させていく狙いが見える。今後ニーズの急増が予想される在宅医療への対応体制を固める必要性も、その背景にあるといえよう。

介護との連携に関しては、医療費および介護費がどの程度抑制されるのかが検証されることになるだろう。2020 年度の改定は、団塊の世代が全員 75 歳以上となる 2025 年を目前としているため、より即効性の高い対策が必要となる。医療機関にとっては、中長期的な戦略を練るため、来年度から創設される介護医療院の動向も注視することが求められる。

経営 TOPICS
統計調査資料
抜粋

最近の医療費の動向
/概算医療費(平成29年4～5月)

厚生労働省　2017年11月9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	
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 4～5月	6.9	3.9	2.0	1.1	0.8	1.9	0.2	2.6	0.4
4月	3.4	1.9	1.0	0.5	0.4	0.9	0.1	1.3	0.2
5月	3.5	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	医科入院	医科入院外	歯科	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
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4～5月	6.9	5.5	2.6	2.4	0.5	1.3	0.1	0.03	2.8	3.6	0.5
4月	3.4	2.7	1.3	1.2	0.2	0.6	0.1	0.02	1.4	1.8	0.2
5月	3.5	2.8	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	医科病院	大学病院	公的病院	法人病院	個人病院	医科診療所	歯科計	歯科病院	歯科診療所	保険薬局	訪問看護ステーション
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4～5月	2.6	2.7	3.4	3.2	4.0	3.3	▲12.2	0.9	1.4	2.7	1.3	2.3	17.4
4月	0.4	0.8	2.1	2.0	2.4	2.1	▲11.7	▲ 2.4	▲ 1.0	0.5	▲ 1.1	▲ 1.2	15.7
5月	4.9	4.6	4.7	4.4	5.6	4.4	▲12.6	4.2	3.9	4.8	3.8	6.1	19.0

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4～5月	0.9	0.3	▲ 0.6	▲ 3.3	3.4	1.5	0.1	3.9	1.9	0.5
4月	▲ 2.4	▲ 2.9	▲ 5.2	▲ 6.6	0.0	▲ 2.0	▲ 2.0	1.7	▲ 2.4	▲ 2.9
5月	4.2	3.6	4.4	0.1	6.8	4.8	2.3	6.2	6.6	4.1

(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	大学病院	公的病院	法人病院	個人病院	医科診療所
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4～5月	4.0	3.1	4.8	3.6	▲ 4.3	▲ 0.5
4月	3.2	2.5	3.5	3.1	▲ 3.6	▲ 0.8
5月	4.7	3.8	6.1	4.1	▲ 4.9	▲ 0.2

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

医業経営

マイナンバー制度を効率的に活用

医療等分野ID による情報連携

1.医療分野における番号制度活用に向けた検討

2.医療等個人情報の情報連携のあり方

3.マイナンバーによるオンライン資格確認の導入

4.今後の施策動向と医療機関に予測される影響

1 医業経営情報レポート

医療分野における番号制度活用に向けた検討

■ 医療等分野IDで課題解消

政府は 2015 年５月に、医療等（医療・健康・介護）分野の情報に個人番号を付与する、いわゆる「医療等ＩＤ」に関する方針を決定しました。

「医療連携や研究に利用可能な番号」として 2018 年度から段階的に運用を始め、2020 年の本格運用を目指しています。

また運用に当たっては、マイナンバー（社会保障・税番号制度）のインフラが活用される見込みです。「医療等ＩＤ」導入の背景には、次のような課題が挙げられます。

■医療機関が抱える課題と将来イメージ

●医療機関における受付事務手続きが非効率

現状：保険証を目視で確認、医療保険資格を有しているかがその場ではわからない

将来：個人番号カードによって、オンラインで医療保険資格についても確認可能になり、事務作業が効率化する

●病院・診療所・薬局・介護施設間の患者情報が未連携

現状：複数の医療機関の受診情報、服薬情報が共有されていないため、無駄な検査や重複投薬が行われ、医療費増加の要因となっている

将来：個人番号カードによって、患者情報が共有可能になり、無駄な検査、重複投薬が削減となり、医療費が適正化される

●自治体において健診未受診者に対する受診促進が不可能

現状：特定健診等の受診情報が共有化されていないため、他の市町村で実施した場合、把握できない

将来：個人番号カードによって、受診情報が把握できるようになり、未受診者への受診促進を図ることができる

医療機関の窓口で患者が個人番号カードを提示することにより、患者の医療保険資格を医療機関がオンラインで確認できる仕組みを構築します。

これは、医療保険者や自治体間のマイナンバーによる情報連携が 2017 年から始まったことを受けたもので、医療機関の事務効率改善につながると期待されています。

また、医療連携に利用可能な番号（医療等ＩＤ）については、2018 年度から段階的な運用を開始し、病院や診療所、薬局間の患者情報の共有などに利用できます。

これにより、医療機関において、患者データの共有や追跡を効率的に行えるようになります。

2 医業経営情報レポート
医療等個人情報の情報連携のあり方

■ 医療等分野の個人情報の特性

(1)機微性が高い医療分野の個人情報

患者と医療・介護従事者が信頼関係に基づき共有する医療等分野の個人情報は、病歴や服薬の履歴、健診の結果など、本人にとって機微性が高く、第三者には知られたくない情報も含まれています。さらに病気の内容や罹患時期によっては、それが公になった場合、個人の社会生活に大きな影響を与える可能性があったり、本人がその受診歴を把握できる状態にすることを望んでいなかったりする情報もあるはずです。

また、患者の診療情報を研究分野等で活用する場合は、基本的には患者自身への必要な医療の提供に用いるものではありません。このことから、個人情報の取得・利用に当たっては、本人の同意を得るとともに、患者個人の特定や目的外で使用されることのないように必要な個人情報保護の措置を講じる必要があります。

(2)医療等分野個人情報保護と活用のバランス

医療・介護分野に関連する個人情報は、高度な機微性を持っていることで十分な保護措置を講じるとともに、その取得・利用には本人の同意を得ることが原則とすべきであるとされています。

一方、医療・介護の現場では必要な個人情報を活用することで、患者・利用者本人にとってより有効で効果的な治療・ケアの実施につながることも期待されています。

(3)医療現場で活用が期待される場面

医療現場においては、救急医療や薬や予防接種歴の管理、医学の向上や研究など、様々な場面での活用が期待されています。

①救急医療

●服薬履歴など、できるだけ多くの患者の情報を収集し、適切な治療法を選択することが人命の確保と予後の安定に有効

⇒ 日常的な診療やケアでも、より安全で適切な医療・介護を提供するため、患者の治療歴等を参酌して、診療やケアを行うことが期待できる

②お薬手帳・予防接種歴の管理

●お薬手帳：医療従事者が適切な医療サービスの提供に活用するだけでなく、本人自らが服薬等の医療情報の履歴を把握し、活用する役割

●予防接種歴：後年、本人が接種歴を確認できれば、自らの健康管理に有益

⇒　災害時に自らの診療・服薬情報を医療従事者等と共有する手段を含めて、国民一人ひとりが自らの医療の履歴を把握するニーズが増大している

③医学の向上と研究の高度化

●より革新的な医薬品や治療法の確立がされ、医療が高度化していくためには、医学研究の発展が不可欠

⇒　患者等の個人から提供されたデータを適切に活用していくことが必要

④健康・医療分野のポータルサービス

●国民が自ら健康・医療の履歴や記録を確認できる仕組み（ＰＨＲ）を整備、健康増進に活用

⇒　予防接種等の履歴の確認やプッシュ型の案内が可能になる

※ＰＨＲ：パーソナルヘルスレコード（Personal Health Records）の略称で、個人が生涯にわたり自分自身に関する医療・健康情報を収集・保存し活用できる仕組み

⑤全国がん登録

●がんの罹患、診療、転帰等の状況をできるだけ正確に把握・調査研究に活用

⇒　がんに関する情報を国民に還元し、治療の選択肢を拡大

このほか、個人が治療を受け、自分の健康状態を向上させることで得るメリットの積み重ねが、医学および医療の質の向上という社会全体への有益性やデータの蓄積につながり、また地域の実情に応じた効率的な医療提供体制の整備や効果的な保健事業の実施などの行政分野や、医療保険事業での活用が期待されています。

こうした点を鑑み、医療等分野個人情報については、格別な保護措置と併せて円滑な活用方法を実現する情報連携基盤の構築が求められています。

■ 医療等分野個人情報連携システム構築の留意点

医療等分野の個人情報の特性を踏まえ、その情報連携のあり方については、中間まとめまでの議論では、本人同意のあり方と併せて、次のような意見が示されました。

今後の医療等分野個人情報連携システムの構築にあたっては、これら意見を盛り込み、保護と活用のバランスを実現させるとしています。

（1）個人情報連携システム構築に向けて重視すべきポイント

個人情報連携システムの構築に向けて、「中間まとめ」ではさまざまなケースに対応して、重視するポイントを整理しています。

3 医業経営情報レポート
マイナンバーによるオンライン資格確認の導入

■ 医療情報にかかるマイナンバー制度インフラの活用

(１)情報漏えいの可能性と対応策の検討

情報インフラ構築において懸念されるのは、マイナンバーで芋づる式に情報が漏えいすることです。情報漏えいを防止するために、番号制度のインフラでは、番号利用機関が相互に情報連携（情報照会と情報提供）を行う場合、マイナンバーを直接用いず、機関ごとにマイナンバーに対応して振り出された機関別符号を利用することとしました。各利用機関は、住基ネットに接続し、利用する各マイナンバーに対応した利用機関ごとに異なる符号を取得することにより情報漏えいを防止します。ただし、保険医療機関・保険薬局（約 23.3 万施設）がそれぞれ住基ネットに接続して機関別符号を取得し、情報提供ネットワークに接続するのは、各医療機関の負担や制度全体でも大きなコストがかかり、実務上の課題も指摘されています。

(2)マイナンバー制度の情報インフラの仕組み

マイナンバー制度は、行政機関等が効率的な情報管理と迅速な情報の授受にマイナンバーを用いることで、行政運営の効率化や国民の利便性の向上を図ることを目的としており、マイナンバーの利用範囲と利用機関を法律に明記するとともに、医療機関等が医療情報の連携にマイナンバーを用いる仕組みとはしていません。一方で、マイナンバー制度では、住民票コードと対応した一意的な識別子（機関別符号：ＩＤ）を用いた情報連携の仕組みがあることや、高度なセキュリティを備えた高機能なＩＣチップの個人番号カードによる公的個人認証の仕組みを活用して、行政機関が保有する個人情報を含め、国民自らが様々な本人の個人情報に安全で効率的にアクセスできる情報インフラの構築を進めており、医療等分野でも、広く社会で利用されるマイナンバー制度の情報インフラを最大限に活用していくことが合理的だとしています。

(3)マイナンバー制度における医療保険の資格管理の仕組み

本研究会の検討により、個人番号カードにはマイナンバーが記載されているため、医療情報とマイナンバーが結びつく可能性があるので、マイナンバーが記載された個人番号カードに被保険者証の機能を付加することは問題があると指摘されています。そのため、被保険者証や診療券など他の媒体を用いる方法についても検討が求められます。一方、医療機関等で何らかの媒体に記録した識別子を読み取る方法を用いる場合、広く社会で利用される情報インフラを安全かつ効率的に活用する観点から、個人番号カードのＩＣチップを用いる仕組みが合理的だとしています。

こうした背景から、マイナンバー制度においては、社会保障分野の金銭情報である医療保険の資格確認システムをオンラインで構築することを医療等分野での活用基盤とし、これを普及させて展開に結び付ける方向で法整備等を含む準備が進められています。

経営データベース

Question

Answer

ジャンル：人材・人事制度 ＞ サブジャンル：人事評価

人事評価の留意点

人事評価者は、どのような点に配慮し、評価を進めていけばよいでしょうか。

人事評価は、好き嫌いや個人的な感情にとらわれずに、客観的かつ公平に行なわなければなりません。また、その結果に自信と責任を持つことも必要不可欠です。

（１）観察を通じ、事実のみをとらえる

人事評価は、日常業務において発生した事実の観察を基に行う必要があります。噂やイメージで、「Ａさんは一生懸命やっている」などと評価をしては、人事評価者によって評価結果はバラバラになります。

このため人事評価者は、部下の仕事ぶりを常日頃観察する必要があります。その観察を基にした評価結果であるならば、部下の納得は得られやすいものになります。

（２）　職務上の行動を対象にする

部下に与えられている職務に関する行動や結果を、人事評価の対象とします。

職務と直接関係のない個人的行為や、プライベートでの出来事は一切評価しません。

（３）私情を排除し、公平性を保つ

管理者であっても、被評価者（職員）に対して、好き嫌いや個人的な感情を持つ可能性は否めません。

しかし、人事評価は組織がそのメンバーを評価する制度であり、個人的に行うものではありません。

また、目的の一つに職員の能力開発が挙げられています。

したがって、私情にとらわれることなく、客観的かつ公平に行う必要があります。

もし公平性に欠ける人事評価であるならば、職員の納得は得られず、人事評価は成功しません。

（４）評価者としての責任と役割を認識する

人事評価を公平に行い、部下の能力開発に結びつけることは、管理者の重要な役割です。

常に部下を育成するという観点から、人事評価に取り組む必要があります。

経営データベース

Question

Answer

ジャンル：人材・人事制度 ＞ サブジャンル：人事評価

評価エラーの類型と対処法

人事評価を行う際に、陥りやすい誤りとその対処方法を教えてください。

人事評価者は、ハロー効果、寛大化傾向、中心化傾向に注意する必要があります。

（１）ハロー効果

ハロー効果は、評価者が最も陥りやすいエラーといわれており、ハローとは後光を意味し、その人のイメージで評価してしまうことです。

例えば、明るいあいさつを励行している職員に、「勤務態度もまじめで何事も積極的に取り組んでいる」という判断を下してしまうようなケースです。 ハロー効果を避けるためには、次のような点に注意が必要です。

- 先入観や思いつきを排除すること
- ひとつの行動に対して、ひとつの評価要素で評価すること
- 日常の観察によって得られた客観的事実をもとに評価すること

（２）寛大化傾向

全般的に、部下に甘い評価を下してしまうことを寛大化傾向といいます。

人事評価に対する自信のなさや、部下に対する感情移入が原因で生じるものです。 寛大化傾向を避けるためには、次のポイントが重要です。

- 具体的事実をもとに評価すること
- 甘い評価が部下の能力開発につながらないことを認識すること

（３）中心化傾向

評価結果が標準に集中し、優劣の差が表れないことを指します。評価者が結果を明らかにすることをためらったり、結果に自信がなかったりしたときに生じます。

部下によって能力に差があるにも関わらず、その差を曖昧にして同じような結果を出すことは、部下のモチベーションに悪い影響をもたらします。

中心化傾向を避ける方法は、寛大化傾向と同様です。