

週刊WEB

医療経営

MAGAZINE

Vol.579 2019.6.25

歯科健診の受診率
向上を推進し、
糖尿病発症リスクの予防に注力

▶未来投資会議

医療機関の電子カルテ普及率
2022年度までに
9割超とすべき

▶公益社団法人 経済同友会

2019年6月21日号

看護必要度Ⅰ／Ⅱの設計、
両側とも「妥当」

統計調査資料

介護保険事業状況報告(暫定)
(平成30年12月分)

ウェブサイトも規制対象に
新たな医療広告ガイドライン

ジャンル:人材・人事制度 サブジャンル:人事評価

目標管理制度
人事評価の効果

医療情報
ヘッドライン

週刊
医療情報

経営
TOPICS

経営情報
レポート

経営
データ
ベース

発行:税理士法人 常陽経営

本誌掲載記事の無断転載を禁じます。

歯科健診の受診率向上を推進し、 糖尿病発症リスクの予防に注力

未来投資会議

政府は、6月5日の未来投資会議で新たな成長戦略の素案を示した。「安倍内閣の最大のチャレンジ」と位置付ける「全世代型社会保障への改革」については、「70歳までの就業機会確保」「中途採用・経験者採用の促進」「疾病・介護の予防」の3本柱を立てている。このうち「疾病・介護の予防」では、歯科健診の受診率向上を推進する方針も明らかにした。

■生活習慣病が医科診療費の3分の1を占めており、糖尿病患者の年間医療費も急増

歯科健診に着目しているのは、重症の歯周病を放置すると糖尿病発症リスクが高まるからだ。現在、生活習慣病が医科診療費の3分の1を占めており、とりわけ糖尿病患者の年間医療費は、重症化が進むにしたがって急増している。膨らみ続ける社会保障費の抑制を図るためには、重症化予防に注力するのが効果的であることは間違いない。実際、政府があげた事例によれば、広島県呉市が、地元ベンチャー企業の取り組みにより、6年間で新規透析導入患者を6割減少させている。

この取り組みは、レセプトデータなどから国民健康保険加入者の健康状態を推定し、糖尿病性腎症の重症化リスクの高い患者に対して保健指導の介入を実施するもの。保健指導の有効性を示していることは明らかだ。

しかし、「メタボ健診」とも呼ばれる特定保健指導の実施率は、自治体が受診を推奨しているにもかかわらず伸びていない。

2017年度の市町村国保で25.6%、企業健

保組合で21.4%、中小企業に多い協会けんぽに至っては13.2%にとどまっている。

これだけ数値が低いのは、特定保健指導が特定健診の結果次第で行われるものだからだが、特定健診の実施率も全体で53.1%にしか届いていない。

■2016年「国民健康・栄養調査」では、 歯科健診の受診率は52.9%

実は、この特定健診実施率は歯科健診受診率とも符合している。2016年の「国民健康・栄養調査」（厚生労働省）によれば、歯科健診の受診率は52.9%。これらから読み取れるのは、国民の約半数が健診を受けることに積極的でないということだ。健康に無関心、もしくは健康に留意する余裕がないともいえる。こうした状況を変えるため、政府の成長戦略案では、保険者である都道府県や市町村のインセンティブを強化する方針を打ち出している。しかも、歯科健診および、同じく受診率が4~5割程度にとどまっているがん検診の受診率向上については「配点割合を高める」と明記した。

さらに、「優れた民間サービス等の導入を促進する」とも言及。先述した広島・呉のベンチャー企業の取り組みのように、官民連携の動きが加速することが予測される。

成長戦略案では、オンライン診療の推進にも触れていることから、ICT活用を含め、新たな健診サービスが生まれる過渡期にあると考えるべきだろう。

医療機関の電子カルテ普及率 2022年度までに9割超とすべき

公益社団法人 経済同友会

経済同友会は6月3日、「データ利活用の推進を急げ—今ある健康・医療・介護データを活用・連結しビッグデータへ」と題した提言を行った。国民からのデータ提供にはインセンティブを設けるべきだとして、提供を拒否する場合は自己負担割合を3.5割とすべきだとしている。また、健康・医療・介護情報が散在している状況に対し、医療機関の電子カルテ普及率を2022年度までに9割超とすべきとし、2023年以降に未導入の医療機関については、「診療報酬を1点ずつ減算するというカンフル効果をもたせた措置」を講じるべきだとした。

■バーチャルデータ利活用において、 日本は圧倒的に劣勢を強いられている

ここまで攻撃的な提言を行う背景には、インターネット上の「バーチャルデータ」の利活用において、日本が圧倒的に劣勢を強いられているとの認識がある。「例えば米国では、グローバルなメガプラットフォームがデータを独占し、また中国では、サイバーセキュリティ法の下、国家戦略としてプラットフォームを介しデータ収集を行うことで、さまざまな価値を創造している」と提言の冒頭で記しているほどだ。

一方で、「健康・医療・介護データや走行データ、工場設備の稼働データといった高品質な『リアルデータ』には強みがあり、その利活用について制度整備を急げば、世界をリードできる可能性が残されている」として

おり、だからこそ「データ利活用を急げ」と提言しているわけだ。

そのためには「自らのデータを提供することが広く公益に資するとの国民理解の醸成が必要」とし、即効性の高い施策としてインセンティブの設定を提言しているのである。

■電子カルテをめぐるのは、今年度予算で 医療情報化支援基金が300億円計上

電子カルテに関する提言も、同様の意識から生まれたものだ。「今後、全国的な保険医療ネットワークの整備等により過去の受診歴等を踏まえた最適な診断・診療を受けるための基盤」と位置づけている。

電子カルテをめぐるのは、今年度予算で医療情報化支援基金が300億円計上されており、経済同友会もその点は評価しているものの、「200床未満の病院まで普及を進めるには不十分」と断じている。さらに、地域医療を支える小規模医療機関に対しては、経済的なインセンティブを付与する必要性を訴え、具体的な策として2009年にアメリカで制定された電子カルテ普及を促す補助金プログラム、HITECH法（The health information technology for Economic and Clinical Health：経済的および臨床的健全性のための医療情報技術に関する法律）を挙げた。

経済同友会は、日本経済団体連合会、日本商工会議所と並ぶ経済三団体のひとつ。経営者が個人の資格で参加しているのが特徴で「開かれた行動する政策集団」を標榜している。

医療情報①
 中医協
 入院医療分科会

看護必要度Ⅰ／Ⅱの設計、 両側とも「妥当」

中央社会保険医療協議会の診療報酬調査専門組織「入院医療等の調査・評価分科会」（分科会長＝尾形裕也・九州大学名誉教授）は6月19日に会合を開き、「重症度、医療・看護必要度」（看護必要度）について、厚生労働省から再集計結果の報告を受けた。

看護必要度ⅠとⅡの差の平均が、急性期一般入院料1の場合、4.1ポイントとなった。

看護必要度については、同月7日の同分科会で、2020年度改定の検討に向けた18年度調査の結果（速報）を公表している。しかし、「看護必要度ⅠとⅡの差について、両方を算出している医療機関に限定して分析を行うべき」などと、さらなる分析を求める声が複数上がったことを踏まえ、厚労省はこの日、再度分析結果を公表した。

■看護必要度Ⅰを届け出ている医療機関の18年8月から10月までの基準該当患者の割合

▼急性期一般入院料1が35.9%、同2は31.3%、同3は31.1%、同4で36.3%などですべての入院料で前年同期の該当患者割合を上回っていた。

一方、看護必要度の該当患者割合を前年の同期と比べた差は、同入院料1が5.6ポイント、同2は4.1ポイント、同3は3.9ポイント、同4は7.7ポイントなどだった。

■看護必要度ⅠとⅡの該当患者割合の比較

両方を届け出ている医療機関だけを対象に再集計。

▼看護必要度Ⅰでの該当患者割合は、同入院料1が35.4%で、看護必要度Ⅱでの集計に比べて4.1ポイント上回った。同2では32.5%（差は4.3ポイント）、同3は29.2%（2.9ポイント）、同4は34.0%（4.4ポイント）だった。

こうした結果について、牧野憲一委員（旭川赤十字病院院長）は、「妥当な（患者割合の）引き上げだった」と指摘。松本義幸委員（健康保険組合連合会参与）も同様の考えを示した。

■DPC対象病院、3病院減の1727病院

またこの日、厚労省は、DPC対象病院の状況を報告した。

2019年度のDPC対象病院は、前年から3病院減の1727病院で、一般病床を持つ5835病院の29.6%だった。DPC算定病床は、前年比6202床減の48万2361床だった。

また、機能評価係数Ⅱで、大阪北部地震、西日本豪雨、北海道胆振東部地震の被災地にある医療機関の診療実績に基づく指数に関しては、▼通常と同様の取り扱いとした場合、▼それぞれの

病院が被災した災害の発生時期を含む月のデータをそれ以外の月のデータの平均値に置き換えて算出した場合——のいずれか、施設に有利なものを用いて設定したとした。

医療情報②
財務省
財政審

「春の建議」を提出、 少額受診時に追加負担も

財務省の財政制度等審議会財政制度分科会（会長＝榊原定征・東レ株式会社特別顧問）は 6 月 19 日、「令和時代の財政の在り方に関する建議」（春の建議）を取りまとめ、麻生太郎財務相に提出した。

榊原会長はこの日の記者会見で、「（医療給付などの）受益と負担のかい離の問題、将来世代へのつけ回しに歯止めをかける時代にしなければならない。高齢者の数がピークを迎える 2040 年代半ばまでの財政の長期的なあるべき姿を想定したうえで、バックキャスト型の観点で検討する必要があるということを提言している」などと述べた。

社会保障については、1990 年代以降、社会保障の給付の増加のペースが負担（社会保険料＋税）の増加のペースを上回っており、経済協力開発機構（OECD）諸国と比較しても、「中福祉、低負担」と言える状況だと指摘。

社会保障における給付と負担がアンバランスな状態に陥っていると強調した。

そのうえで、令和時代を通じて財政と医療・介護保険制度の持続可能性を確保していくために必要な視点として、

- ① 保険給付範囲のあり方の見直し ② 保険給付の効率的な提供
- ③ 高齢化・人口減少下での負担の公平化——の 3 つを挙げた。

■少額受診時の追加負担検討を求める

医療分野の「保険給付範囲のあり方の見直し」では、「大きなリスクは共助、小さなリスクは自助」を基本としたうえで

- ▼ 医薬品の種類に応じた保険給付率の設定
- ▼ OTC 医薬品と同一の有効成分を含む医療用医薬品の保険給付の在り方の見直し
- ▼ 少額受診等における一定程度の追加負担の検討——などを求めている。

少額受診時の追加負担については、かかりつけ医・かかりつけ薬局等への誘導策として、定額負担に差を設定することを検討するよう求めた。（以下、続く）

介護保険事業状況報告(暫定) (平成30年12月分)

厚生労働省 2019年3月8日公表

概 要

1 第1号被保険者数(12月末現在)

第1号被保険者数は、3,514万人となっている。

2 要介護(要支援)認定者数(12月末現在)

要介護(要支援)認定者数は、657.8万人で、うち男性が206.9万人、女性が450.9万人となっている。

第1号被保険者に対する65歳以上の認定者数の割合は、約18.3%となっている。

(保険者が、国民健康保険団体連合会に提出する受給者台帳を基にしたものである)

3 居宅(介護予防)サービス受給者数(現物給付10月サービス分、償還給付11月支出決定分)

居宅(介護予防)サービス受給者数は、377.5万人となっている。

(居宅(介護予防)サービスのサービス別受給者数とサービス別利用回(日)数は、国民健康保険団体連合会から提出されるデータを基に算出した値である)

4 地域密着型(介護予防)サービス受給者数(現物給付10月サービス分、償還給付11月支出決定分)

地域密着型(介護予防)サービス受給者数は、87.3万人となっている。

(地域密着型(介護予防)サービスのサービス別受給者数とサービスの利用回数は、国民健康保険団体連合会から提出されるデータを基に算出した値である)

5 施設サービス受給者数(現物給付10月サービス分、償還給付11月支出決定分)

施設サービス受給者数は94.4万人で、うち「介護老人福祉施設」が54.4万人、「介護老人保健施設」が35.6万人、「介護療養型医療施設」が4.2万人、「介護医療院」が5.3千人となっている。

(同一月に2施設以上でサービスを受けた場合、施設ごとにそれぞれ受給者数を1人と計上するが、合計には1人と計上しているため、4施設の合算と合計が一致しない)

6 保険給付決定状況(現物給付10月サービス分、償還給付11月支出決定分)

高額介護(介護予防)サービス費、高額医療合算介護(介護予防)サービス費、特定入所者介護(介護予防)サービス費を含む保険給付費の総額は、8,277億円となっている。

(1) 再掲：保険給付費（居宅、地域密着型、施設）

居宅（介護予防）サービス分は3,906億円、地域密着型（介護予防）サービス分は1,333億円、施設サービス分は2,557億円となっている。

（特定入所者介護（介護予防）サービス費は、国民健康保険団体連合会から提出される現物給付分のデータと保険者から提出される償還給付分のデータを合算して算出した値である）

(2) 再掲：高額介護（介護予防）サービス費、高額医療合算介護（介護予防）サービス費

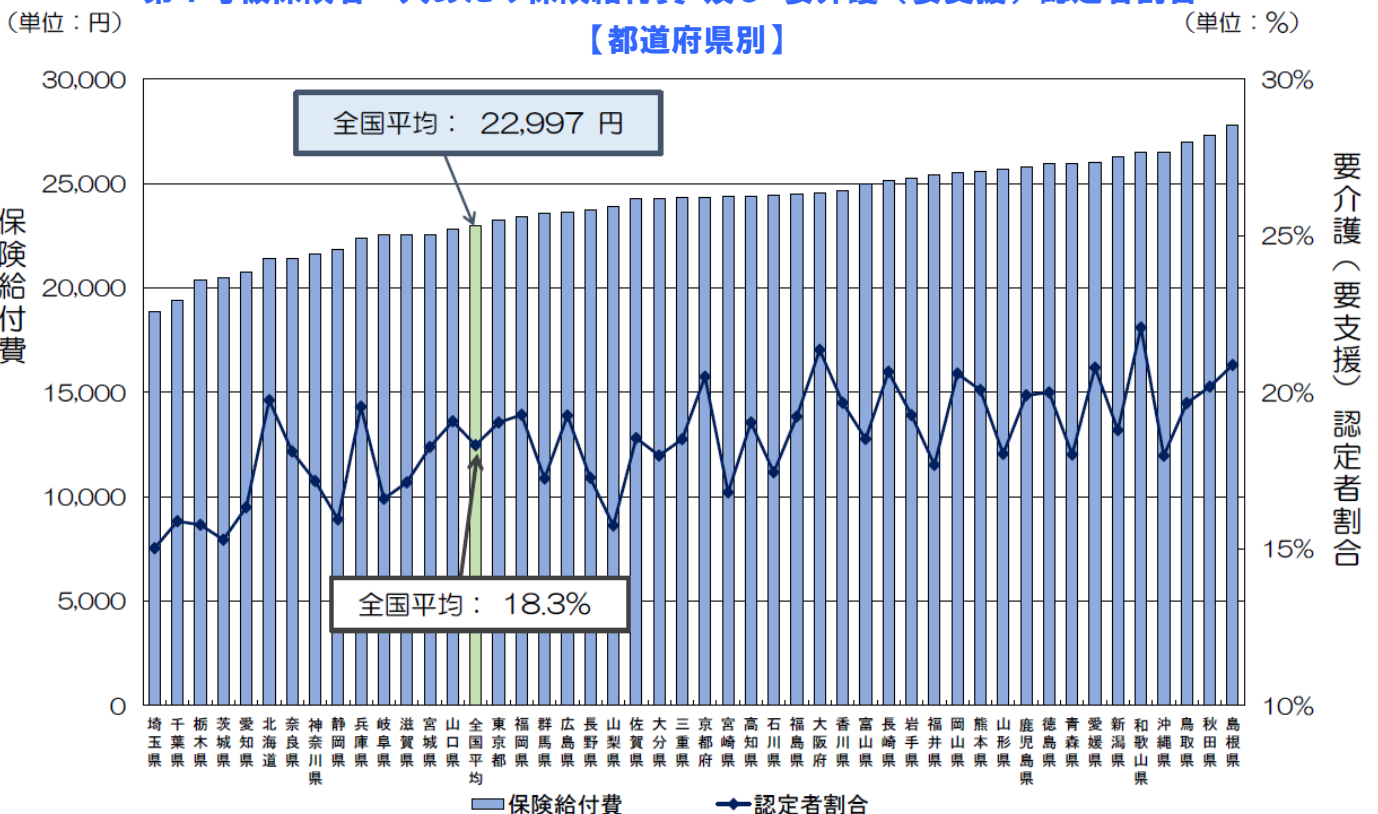
高額介護（介護予防）サービス費は202億円、高額医療合算介護（介護予防）サービス費は8億円となっている。

(3) 再掲：特定入所者介護（介護予防）サービス費

特定入所者介護（介護予防）サービス費の給付費総額は272億円、うち食費分は172億円、居住費（滞在費）分は100億円となっている。

（特定入所者介護（介護予防）サービス費は、国民健康保険団体連合会から提出される現物給付分のデータと保険者から提出される償還給付分のデータを合算して算出した値である）

第1号被保険者一人あたり保険給付費 及び 要介護（要支援）認定者割合



※1 保険給付費（第2号被保険者分を含む）には、高額介護（介護予防）サービス費、特定入所者介護（介護予防）サービス費を含む。
 ※2 要介護（要支援）認定者割合は、第1号被保険者に対する65歳以上の認定者数の割合である。
 ※3 保険給付費は、平成30年10月サービス分であり、第1号被保険者数及び要介護（要支援）認定者数は、平成30年10月末実績である。



経営情報
レポート
要約版

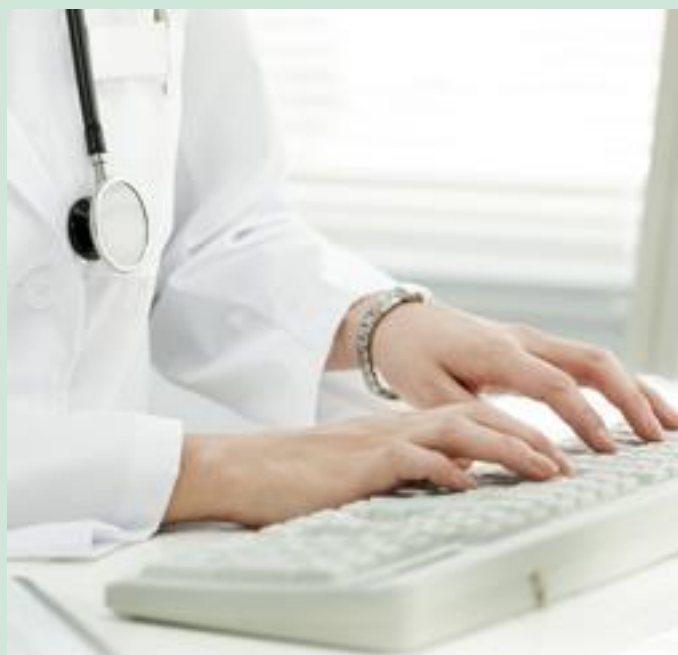


制 度 改 正

ウェブサイトも規制対象に

新たな医療広告 ガイドライン

1. 医療法改正と広告規制の見直し
2. 新医療広告ガイドラインの概要と罰則規定
3. 広告規制の強化による影響と対応
4. 医療広告規制の対象となる具体例



1

医業経営情報レポート

医療法改正と広告規制の見直し

■ 医療広告規制見直しの経緯

(1) 医療法改正における広告規制見直し

平成 29 年に成立した改正医療法において、医療サービスに関する消費者トラブルの相談件数が近年増加している現状を踏まえ、医療広告に関する規制についても見直しが行われました。

◆ 平成29年医療法改正の概要

1. 検体検査の精度の確保（医療法、臨床検査技師等に関する法律）
2. 特定機能病院におけるガバナンス体制の強化（医療法）
3. 医療に関する広告規制の見直し

美容医療サービスに関する消費者トラブルの相談件数の増加等を踏まえ、医療機関のウェブサイト等を適正化するため、虚偽または誇大等の不適切な内容を禁止

4. 持分なし医療法人への移行計画認定制度の延長
（良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律）
5. その他

(2) 新たな医療広告ガイドラインの策定

医療法改正に伴い、①医療機関のホームページを医療法上の「広告」に含めて規制の対象とすること、②医療法に基づき禁止している虚偽広告や誇大広告等については、医療機関のホームページについても禁止すること等の議論が「医療情報の提供内容等に関する検討会」において行われてきました。こうした経緯のもと、新たな「医療若しくは歯科医療または病院若しくは診療所に関する広告に関する指針（医療広告ガイドライン）」が策定され、厚生労働省令とともに、平成30年6月1日より施行されています。

◆ 医療広告ガイドラインの基本的な考え方 ～ 厚生労働省「医療広告ガイドライン」より抜粋

- ①医療は人の生命・身体に関わるサービスであり、不当な広告により受け手側が誘引され、不適当なサービスを受けた場合の被害は、他の分野に比べ著しいこと。
- ②医療は極めて専門性の高いサービスであり、広告の受け手はその文言から提供される実際のサービスの質について事前に判断することが非常に困難であること。

今回の広告規制の見直しに当たっては、こうした基本的な考え方は引き続き堅持しつつも、患者等に正確な情報が提供されその選択を支援する観点から、客観性・正確性を確保し得る事項については、広告事項としてできる限り幅広く認めることとしたものである。

2

医業経営情報レポート

新医療広告ガイドラインの概要と罰則規定

■ 新医療広告ガイドラインの施行

従来の医療広告ガイドライン、および「医療機関のホームページの内容の適切なあり方に関する指針」（医療機関ホームページガイドライン）に代わり、新しい医療広告ガイドラインが策定され、平成 30 年 6 月より施行されています。

平成 29 年の医療法改正により、広告の内容及び方法に係る禁止事項として、従来法律に規定されていた「虚偽」に加えて、これまで省令に規定されてきた「誇大」「比較優良」「公序良俗違反」を法令上に規定しました。

これを受けて、新たな医療広告ガイドライン（新広告 GL）は、法令に基づく禁止事項やそれ以外の事項について、次のように現在の考え方を示しています（下図のうち、■が新たな規定部分）。

◆ 医療広告禁止事項の変遷

○：罰則による規制 / △：指導ベースの規制

	医療法	新省令	新広告 GL	旧広告 GL	旧 HPGL
虚偽	○		○	○	△
誇大	○		○	○	△
比較優良	○		○	○	△
客観的事実が証明できない		虚偽・誇大に統合	虚偽・誇大に統合	○	△
公序良俗違反	○		○	○	-
品位を損ねる内容			△	△	△
他法令広告違反			△	△	△
治療等の内容・効果に関する体験談		○	○	(○) 客観的事実 証明できな いとして禁 止	(△) 意図的な取 捨選択は誇 大として禁 止
治療等の内容・効果について、患者等を誤認されるおそれがある 治療等の前または後の写真等		○	○	(○) 効果に関す る事項は告 白可能事項 ではない	(△) 撮影条件等 の変更、加 工は虚偽・ 誇大として 禁止

（出典）厚生労働省 医療広告規制の検討状況と今後の取組について

3 医業経営情報レポート

広告規制の強化による影響と対応

■ 医療広告戦略とツールの見直し

(1) 自院ホームページのコンテンツ

ウェブサイトが規制対象となった新たな医療広告ガイドラインの内容を踏まえ、自院のホームページに掲載しているコンテンツが医療広告として適切なものかを確認する必要があります。

例えば、患者の体験談や症例写真を掲載している場合には、ホームページの内容変更が必要となる可能性もあります。

ただし、症例写真のケースでは、下記のような工夫で掲載が認められるようになります。

◆ 術前または術後の写真の掲載が認められるケース～詳細説明を追加する

● 禁止対象の例	● 禁止対象外の例
<p style="color: red; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">説明不十分！ ×</p>	<p style="color: red; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">詳細な説明あり</p> <p>(具体的な治療内容、費用等に関する事項、副作用、リスク等)</p> <p style="color: blue; font-size: 1.5em;">○</p>

(出典) 厚生労働省 医療広告規制の検討状況と今後の取組について

(2) メールマガジンに対する規制適用

厚生労働省は、医療広告ガイドラインに関するQ&Aを公表しています。

例えば、患者の希望により入手する場合も想定し、医療機関が配布するメールマガジンやパンフレットについて、次のような見解を示しています。

◆ メールマガジンやパンフレットの取り扱い～(出典)医療広告ガイドラインに関するQ&A(案)

メールマガジンやパンフレットは広告として取り扱われるため、広告規制の対象

⇒ ただし、患者等が自ら求めて入手する情報を表示する媒体になるため、広告可能事項の要件を満たした場合には、広告可能事項の限定を解除可能

4 医業経営情報レポート

医療広告規制の対象となる具体例

■ 医療広告とはみなされない具体的な例

医療広告ガイドラインにおいては、通常、医療に関する広告とはみなされないものの具体例が示されています。従前の医療広告ガイドラインと比較すると、患者申出によるパンフレット送付等の項目、およびインターネット上のホームページの項目が削除され、医療広告の対象となった点が改正されています。

◆ 医療に関する広告とはみなされないものの具体例(通常の例:一部加工)

(1) 学術論文、学術発表等

学会や専門誌等で発表される学術論文、ポスター、講演等は、広告とみなされることはない。ただし、学術論文等を装いつつ、不特定多数にダイレクトメールで送る等により、実際には特定の医療機関(複数の場合を含む。)に対する患者の受診等を増やすことを目的としていると認められる場合には、「誘引性」を有すると判断し、「誘引性」及び「特定性」の要件を満たす場合には、広告として扱う。

(2) 新聞や雑誌等での記事

新聞や雑誌等での記事は、「誘引性」を通常は有さないため、広告に該当しないが、費用を負担して記事の掲載を依頼することにより、患者等を誘引するいわゆる記事風広告は、広告規制の対象となる。

(3) 患者等が自ら掲載する体験談、手記等

自らや家族等からの伝聞により、実際の体験に基づいて、例えば、A病院を推薦する手記を個人Xが作成し、出版物やしおり等により公表した場合や口頭で評判を広める場合には、一見すると「誘引性」及び「特定性」の要件を満たすが、この場合には、個人XがA病院を推薦したにすぎず、「誘引性」の要件を満たさないため広告とはみなさない。ただし、A病院からの依頼に基づく手記であったり、A病院から金銭等の謝礼を受けているまたはその約束があったりする場合には、「誘引性」を有するものとして扱う。また、個人XがA病院の経営に関与する者の家族等である場合にも、病院の利益のためと認められる場合には、「誘引性」を有するものとして、扱うものであること。

(4) 院内掲示、院内で配布するパンフレット等

院内掲示、院内で配布するパンフレット等はその情報の受け手が、既に受診している患者等に限定されるため「誘引性」を満たすものではなく、情報提供や広報と解される。

(5) 医療機関の職員募集に関する広告

医療機関に従事する職員の採用を目的とした求人広告は、通常、医療機関の名称や連絡先等が記載されているが、当該医療機関への受診を誘引するものではないことから、「誘引性」を有するものではない。

ジャンル:人材・人事制度 > サブジャンル:人事評価

目標管理制度

職員には、どのような目標を立てさせればよいのでしょうか？

■個人目標の種類

病院において、活用すべき目標は大きく分けて3種類あります。

職員個々の役割に応じて、これらの目標の種類を組み合わせ設定します。

a. 成果目標

組織目標や組織によって要請される成果を実現するための目標

病院目標が掲げられると、その内容を各部門において展開し、実行に移して所期の成果を上げることが求められます。職員は、自分の役割に応じた目標を部門やチーム目標に沿った形で策定します。

b. 業務目標

役割責任、能力発揮基準によって要請される仕事を高度化するための目標

役割資格フレームや職務一覧表を参考に、本人の役割や仕事でありながら、遂行できていないものを目標として設定します。または、上の等級の役割や職務を選択し、仕事の幅を拡げ、キャリア開発を目指すことが目的となります。

c. チャレンジ目標

自己啓発を基に能力、仕事を開発するための目標

本人の意思を尊重した啓発目標となります。自分の能力開発を中心に進められます。目標管理では、新たなことにチャレンジをする取組みを高く評価し、病院全体の活性化に繋げることも重要視します。

個人目標の設定にあたっては、目標の内容に枠組みを持たせるものの、職員の自主性を重視するものとし、その枠組みの中で取り上げるテーマは職員自らの判断で決定させます。その推進や実行も自己管理、自己統制に任せることが、自主性を育てるポイントとなります。

そのため、目標が単なる目標（スローガン）では、個人では実行に移せず、目標管理全体が機能しないこととなります。目標設定こそが、目標管理成功の要であり、この設定に時間や労力を費やすこととなります。目標設定にはセオリーがあり、具体的な方策や手段が不可欠です。この先、半年、1年間の病院のあるべき姿や自分の仕事について、結果だけでなく手段、方法を含めて、そのストーリーを描きます。

ジャンル:人材・人事制度 > サブジャンル:人事評価

人事評価の効果

人事評価制度を導入したいのですが、具体的にどのような効果が得られるのでしょうか？

評価基準と評価ルールを明確にし、公正な人事考課を行うことは、職員の活性化を図ることにつながります。

人事評価は、職員一人ひとりについて、役割や職務、責任を果たしているかどうかを、組織の期待する水準に照らし合わせて、評価する制度です。

「やってもやらなくても、処遇は変わらない」のであれば、職員のモチベーションはあがらず、能力開発やサービスの向上には取り組まないという状況が生まれます。そのような状況を排除し、組織の活性化と持続的成長を図るためには、人事評価制度を整備する必要があります。

具体的には、次のような目的が挙げられます。

- 職員ひとりひとりについて、病院が求める期待像（役割、任務、責任）を明確にする
- 職員がその期待像に沿っているかどうかを定期的に評価する
- 評価の結果を面接等を通じ、職員にフィードバックし、昇給、賞与、昇進等の処遇の決定および能力開発に反映させる

また、下記のような効果が期待できます。

- 能力と実績に応じた公正な人事管理ができる
- 能力と実績に応じた処遇により、職員と職場の活性化が図られる
- 適正配置が達成でき、モチベーションの向上と業務の効率化が推進される
- 職員の能力開発が進められる

■評価レベル

人事評価の重要な課題の一つに、人事評価の結果をどのように客観化するかがあげられます。人事評価の対象となる行動を評価し、客観化するために評価レベルを設定しますが、一般的に3~5段階で数値化します。

絶対基準に対して、職員の頑張りは期待以上のものであったか、水準通りであったか、下回っていたかを評価します。