

2015.09.01

週刊WEB

発行

株式会社 常陽経営コンサルタンツ

医療経営マガジン

1 医療情報ヘッドライン

75%の事業所がヘルパー不足 採用率も減少傾向
2014年度介護労働実態調査

公益財団法人介護労働安定センター

今後の難病対策の方向性を定める9項目
9月に告示 疾病対策部会

厚生労働省

2 経営TOPICS

統計調査資料

医療施設動態調査(平成27年6月末概数)

3 経営情報レポート

発生メカニズムを知り組織で取組む
患者トラブル対応ポイント

4 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

人事評価の進め方

評価エラー

医療情報 ヘッドライン ①

公益財団法人
介護労働安定センター

75%の事業所がヘルパー不足 採用率も減少傾向 2014年度介護労働実態調査

公益財団法人 介護労働安定センターは 8 月 17 日、2014 年度「事業所における介護労働実態調査」の結果を公表した。訪問介護員と施設などの介護職員全体の離職率は、16.5%で前年度調査とほぼ同じだったが、採用率は減少傾向が止まらず、20.6%となった。人手不足感が高まり、特にヘルパーは75%の事業所が足りないと答えており、深刻な状況であることが分かった。

▽調査の概要と調査対象

本調査は全国の介護保険サービスを実施する事業所から無作為抽出した 17,065 事業所を対象にアンケート調査を実施し、有効回答は 7,808 事業所（有効回収率は 45.8%）。

並行調査の「介護労働者の就業実態と就業意識調査」は上記の事業所の中で、1 事業所あたり介護にかかわる労働者 3 人を上限に選出した 51,195 人に対して、調査票を配布してアンケート調査を実施し、有効回答は 18,881 人であった。（有効回収率 36.9%）。

調査対象期日：原則として平成 25 年 10 月 1 日現在。

調査実施期間：平成 25 年 10 月 1 日～10 月 31 日。

【調査結果のポイント】（カッコ内は前年度数値）

1 離職率・採用率：[平成 25 年 10 月 1 日から平成 26 年 9 月 30 日]まで 1 年間の離職率の状況は 16.5%（16.6%）で、採用率の状況は全体では 20.6%（21.7%）となった。

2 従業員の過不足：(1)介護サービスに従事する従業員の過不足状況を見ると、不足感（「大いに不足」＋「不足」＋「やや不足」）は 59.3%（56.5%）、「適当」が 40.2%（43.0%）となった。(2)不足理由について

は、「採用が困難」が 72.2%（68.3%）、「事業拡大をしたいが人材が確保できない」が 19.8%（19.3%）であった。(3)採用が困難である原因は、「賃金が低い」が 61.3%（55.4%）、「仕事がきつい（身体的・精神的）」が 49.3%（48.6%）であった。

3 介護サービスを運営する上での問題点：全体では「良質な人材の確保が難しい」が 53.9%（54.0%）、「今の介護報酬では人材の確保・定着のために十分な賃金を払えない」が 49.8%（46.9%）であった。

4 賃金：労働者の所定内賃金[月給]は 215,077 円（212,972 円）であった。

（注）労働者：事業所管理者（施設長）を除く

【介護労働者の就業実態と就業意識調査】

5 仕事を選んだ理由：「働きがいのある仕事だと思ったから」が 52.6%（54.0%）。

6 労働条件等の不満：「人手が足りない」が 48.3%（45.0%）、「仕事内容のわりに賃金が低い」が 42.3%（43.6%）、「有給休暇が取りにくい」が 34.9%（34.5%）であった。

7 家族の介護（平成 26 年度新規設問）：(1)「現在、介護をしている」が 11.1%、「ここ数年のうち、可能性がある」が 31.1%、「当面ない」が 55.5%であった。(2)仕事と介護の両立については「両立できる」が 34.2%、「両立できない」が 63.3%となった。(3)「両立できる」と回答では、「両立できない」という回答に比べて「休んだ時に自分の仕事を代わりに担当できる人がいる」などすべての項目で回答割合が高かった。

今後の難病対策の方向性を定める 9項目を9月に告示 疾病対策部会

厚生労働省は8月20日、厚生科学審議会の「疾病対策部会」を開催し、今後の難病対策の方向性を定める、「難病の患者に対する医療等の総合的な推進を図るための基本的な方針」案について、下部組織の「難病対策委員会」から報告を受けた。この基本方針案は、同日に開かれた同委員会が取りまとめた。月中には告示される予定となっている。

疾病対策部会は今後、難病対策の改革に係る進捗状況について（報告）、基本方針の各項目について関係者からのヒアリング及び議論（4回）を重ねていく。

【基本方針に定める事項】

- (1) 難病に係る医療等の推進の基本的な方向
- (2) 難病に係る医療を提供する体制の確保に関する事項
- (3) 難病に係る医療に関する人材の養成に関する事項
- (4) 難病に関する調査研究に関する事項
- (5) 難病に係る医療のための医薬品及び医療機器に関する研究開発の推進に関する事項
- (6) 難病の患者の療養生活の環境整備に関する事項
- (7) 難病の患者に対する医療等と難病の患者に対する環境整備
- (8) 福祉サービスに関する施策、就労の支援に関する施策
- (9) その他関連する施策との連携に関する事項

上記9項目の基本方針は、難病の患者に対する医療等に関する法律の第4条に、厚生労働大臣が定めることが規定されている。

【基本方針案(9項目)の柱】（カッコ内は基本的な考えとされた主な事項）。

- (1) 医療などの推進の基本的な方向（難病の患者・家族を社会が支援するとの基本認識や法の基本理念にもとづく施策）。
- (2) 医療費助成制度（医学の進歩などに合わせた運用の適宜見直し）。
- (3) 医療提供体制の確保（早期の正しい診断ができる体制・身近な医療機関で適切な医療を受けられる体制）。
- (4) 人材の養成（正しい知識を持つ人材の養成を通じ、地域で適切な医療を提供する体制の整備）。
- (5) 調査・研究（患者・各疾病の実態や自然経過などの把握）。
- (6) 医薬品、医療機器、再生医療等製品の研究開発の推進（開発が進みにくい研究開発への支援）。
- (7) 療養生活の環境整備（住み慣れた地域で安心して暮らすことができる難病の患者を多方面から支えるネットワークの構築）。
- (8) 福祉サービス・就労支援・関連施策との連携（難病であることを安心して開示し、治療と就労を両立できる環境整備）。
- (9) その他の重要事項（正しい知識の普及啓発、保健医療・福祉サービスの利用手続きの簡素化）。

医療施設動態調査 (平成27年6月末概数)

病院の施設数は前月に比べ 2 施設の減少、病床数は 671 床の減少。
 一般診療所の施設数は 31 施設の増加、病床数は 253 床の減少。
 歯科診療所の施設数は 13 施設の増加、病床数は 増減なし。

1 種類別にみた施設数及び病床数

各月末現在

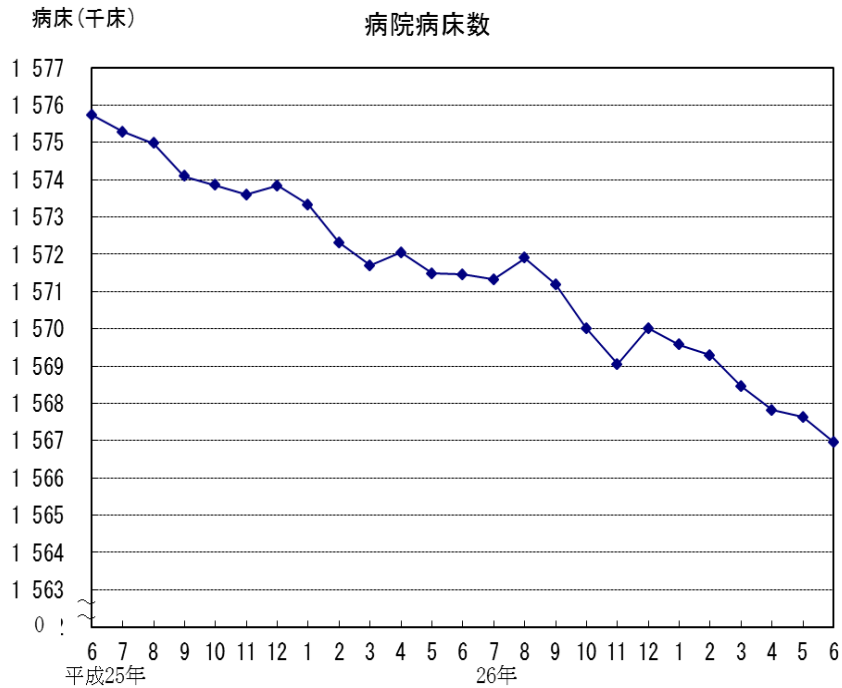
	施設数		増減数		病床数		増減数
	平成27年4月	平成27年3月			平成27年4月	平成27年3月	
総数	178 309	178 267	42	総数	1 675 677	1 676 601	△ 924
病院	8 482	8 484	△ 2	病院	1 566 965	1 567 636	△ 671
精神科病院	1 065	1 064	1	精神病床	336 631	336 763	△ 132
一般病院	7 417	7 420	△ 3	感染症 病床	1 804	1 800	4
療養病床を 有する病院（再掲）	3 847	3 852	△ 5	結核病床	5 787	5 787	-
地域医療 支援病院（再掲）	496	488	8	療養病床	328 481	328 969	△ 488
				一般病床	894 262	894 317	△ 55
一般診療所	100 993	100 962	31	一般 診療所	108 631	108 884	△ 253
有床	8 037	8 060	△ 23				
療養病床を有する 一般診療所（再掲）	1 064	1 068	△ 4	療養病床 （再掲）	10 801	10 827	△ 26
無床	92 956	92 902	54				
歯科診療所	68 834	68 821	13	歯科 診療所	81	81	-

2 開設者別にみた施設数及び病床数

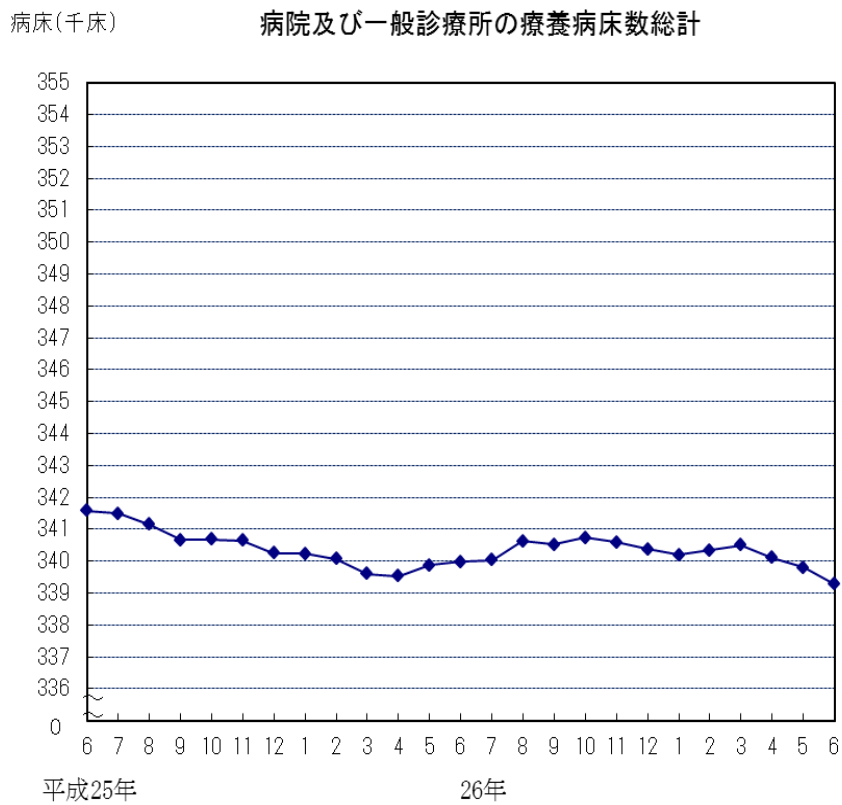
平成 27 年 6 月末現在

	病 院		一般診療所		歯科診療所
	施設数	病床数	施設数	病床数	施設数
総数	8 482	1 566 965	100 993	108 631	68 834
国 厚生労働省	14	5 454	26	-	-
独立行政法人国立病院機構	143	54 789	-	-	-
国立大学法人	48	32 723	141	19	2
独立行政法人労働者健康福祉機構	34	13 067	2	-	-
国立高度専門医療研究センター	9	4 327	2	-	-
独立行政法人地域医療機能推進機構	57	16 223	1	-	-
その他	24	3 605	367	2 215	3
都道府県	201	54 830	262	188	7
市町村	649	137 083	2 962	2 331	266
地方独立行政法人	94	35 406	17	-	-
日赤	92	36 513	214	19	-
済生会	79	21 896	54	-	1
北海道社会事業協会	7	1 785	-	-	-
厚生連	106	33 795	72	64	1
国民健康保険団体連合会	-	-	-	-	-
健康保険組合及びその連合会	10	2 065	321	-	2
共済組合及びその連合会	45	14 233	163	10	5
国民健康保険組合	1	320	15	-	-
公益法人	237	59 100	582	301	122
医療法人	5 735	860 191	40 116	78 263	12 818
私立学校法人	110	55 347	180	65	16
社会福祉法人	201	34 582	9 146	327	29
医療生協	83	13 856	317	270	50
会社	49	11 091	1 932	28	11
その他の法人	184	38 372	691	295	95
個人	270	26 312	43 410	24 236	55 406

■ 病院病床数



■ 病院及び一般診療所の療養病床数総計



発生メカニズムを知り組織で取組む 患者トラブル対応ポイント

ポイント

- 1 多様化・深刻化する院内暴力
- 2 患者満足度とクレーム発生の関係
- 3 求められる組織的対応



■参考文献

『患者トラブルを解決する「技術」』（日経BP社）尾内 康彦 著

1 多様化・深刻化する院内暴力

■ 院内暴力の発生状況

(1)トラブルを引き起こす要因

患者からの暴言や暴力が起こる背景には、さまざまな要因があります。もともと悪意のない患者であっても、職員の対応への不満や待ち時間のストレスなどから、いわゆる「怒り」という感情を引き起こし、暴言を吐くことがあります。また、患者が急に亡くなったことで家族・関係者が動揺した結果や、精神性疾患による症状としての暴力など、医療機関側としても、ある程度は理解を示さなければならないケースもあります。

しかし、不当な嫌がらせや暴力、ストーカーやセクハラ行為は犯罪であり、医療機関には毅然とした対応が求められます。そのためには、発生のメカニズムや引き金（トリガー）となる要因をよく知ることがポイントです。

◆トラブル発生に関する一般論

①緊張論

特定の社会構造における圧力などの緊張状態に、より多くさらされた者がフラストレーションに陥り、その心理的緊張の解消の手段として暴力行為に及ぶ。

②統制論

人々が暴力を振るわないのは、一定の社会的絆によって拘束されているからである。拘束する社会的絆が弱い人は、暴力に同調したり反復したりする。

③文化的逸脱論

暴力に好意的なサブカルチャーがあり、それによって暴力に価値を認めることを学習した者が「価値の追求」として暴力を振るう。

④レイベリング論

共同体の内部で他者が、ある特定の人々に「乱暴者」「ならず者」といった烙印（ラベル）を貼りつけ、周囲の人がそのように扱っているうちに、烙印を貼られた当人がそのラベルにふさわしい「乱暴者」「ならず者」の役割を演じるようになる。

◆発生のトリガーポイント

- 不快な環境（気温、湿度、照明、騒音、臭気、衛生状態、混雑など）
- アルコール摂取
- 薬物の使用
- 自由にならない集団生活（飲酒、喫煙等の制限・不自由）
- 有効な活動の不足（退屈したり、体力が余った状態）
- 意に添わない処置（吸引等の苦痛を伴うもの、オムツ交換等の羞恥を伴うものなど）
- 診療計画やケアプラン、処方の変更
- 担当者の変更
- 担当者によってかわる処置や説明
- 悪い知らせ（検査結果、予後の説明、依頼の拒否など）
- 職員の態度・接遇（感情的な対応、長い待ち時間で声かけがないなど）

ここで重要なのは、必ずしも患者側に問題があるケースばかりではなく、医療従事者側の問題が引き金になるケースもあるということを認識することです。

(2)トラブル発生の状況

東京都内の私大病院でつくる「私大病院医療安全推進連絡会議」が実施した調査によると、都内の私大病院の職員の4割が、患者やその家族から暴言や暴力、セクハラを受けるといった経験があり、それによると男性患者からの被害が多かったとの報告がなされています。

調査は、2011年12月、11病院の全職員2万9065人を対象に行われ、院内暴力を「暴言」「身体的暴力」「セクハラ」に3分類しましたが、その結果、全職員の44.3%（約1万人）が、過去1年以内に何らかの院内暴力を受けていました。また、暴言は職員全体の41.5%、暴力は14.8%、セクハラは14.1%が経験していました。

暴言の被害を受けた職種は「医師」「看護師、准看護師、保健師、助産師」「事務員」が多く、それぞれ4割以上が経験しており、一方で身体的暴力とセクハラの被害については「看護師、准看護師、保健師、助産師」が多くなっており、どちらも2割以上が経験していました。

■ 報道で見る院内暴力の実態

院内暴力は、増加傾向にあるとともに、過激化しているのが実情です。最近では器物損壊や傷害致傷に留まらず、病院職員や患者が死亡するといった事例も報告されています。

医療機関において患者が引き起こした事例には、次のようなものがあります。

◆「待ち時間長い」と立腹 病院放火未遂で逮捕

逮捕容疑は、「待ち時間が長く腹が立った。診断結果も気に入らなかった」と、横須賀市の横須賀共済病院の地下2階機械室にシンナーをまき、ライターで火をつけて、床などを焦がした疑い。火災報知機が作動し、直後に消し止められ、けが人はいなかった。

◆患者刃物で病院職員刺傷

東京都新宿区のクリニックで、通院患者の男がカッターナイフを振り回し、臨床工学技士の女性ら3人が重軽傷を負う事件が起きた。男は人工透析中に突然、暴れ出したという。

◆医療機関で発生した過去の事件

2004年12月	東京都墨田区の病院で患者が同室の患者と看護助手計3人を殺傷
2005年11月	大阪市の病院で患者が職員3人を刺す
2006年3月	島根県江津市の病院で入院患者が絞殺される
2007年11月	佐賀県武雄市の病院で患者が撃たれ死亡

2 患者満足度とクレーム発生の関係

■ 患者クレーム発生のプロセス

患者満足度の低下に反比例して増加していると思われる、いわゆるモンスターパシエントに代表されるクレーマーについては、大きく以下の3つに分類されます。

①モンスターパシエント

医療機関の職員等に理不尽な要求やクレームを行い、暴言や威圧・威嚇、さらに暴力を繰り返すモラルに欠けた患者及びその家族。

②ハードクレーマー

クレーム内容に主観的・非合理的でかつ、長期に渡りクレームを言い続けるケースが多く、日常的な診療においてマニュアルでは対応が困難なクレーマーであり、モンスターパシエント予備軍となる。

③クレームを申し出る普通の患者

一般的なクレーマーで、概ねマニュアルで対応が可能なレベルのクレーマー。これに対してクレームを申し出ない「物言わぬクレーマー」としてサイレントクレーマーがある。

(2)患者トラブル増加の背景

患者トラブルの増加の背景には、①社会情勢、②患者を取り巻く外部環境、③医療従事者の意識、④患者の地域医療に対する意識、という4つの要因が考えられます。これらのそれぞれが変化したことにより、患者トラブルの増加をもたらしたのではないかと分析できます。

①社会情勢の変化

- 90年代に年金・医療などのセーフティネットが崩壊し始める
- 自己責任の名の元に個人の安心が放置

「健康も命もお金次第」⇒ わが身を守るためには強く要求した方が得策という意識

②患者を取り巻く外部環境の変化

- 医療費抑制策により、患者の自己負担増、規制緩和の促進
- 負担増に伴う医療機関に対する要求増加

「治療効果が出ない」⇒ お金は払いたくない

③医療従事者の意識の変化

- 患者満足度を上げる取組みにより、「患者様」として迎えるように教育
- 接遇研修に力を入れている医療機関ほど問題患者のターゲットになりやすい

問題患者が発生しやすい状況 ⇒ 医療機関が作り出している

④患者の地域医療に対する意識の欠如

- 地域医療の急激な荒廃
- 荒廃している状況を患者は認識不足

医療サービス ⇒ 地域の限られた資源・公共財産という意識がない

3 求められる組織的対応

■ 施設基準に見る患者対話体制整備の必要性

(1) 患者サポート体制充実加算の新設

患者サポート体制充実加算は、医療従事者と患者との対話を促進することを目的として、平成24年の診療報酬改定時に新設された項目であり、入院基本料の加算として有床診療所でも算定できる項目です。

◆ 施設基準

- 相談窓口の設置
- 専任の窓口対応者（医師・看護師・薬剤師・社会福祉士等：常時1名、研修修了者）
- カンファレンスの実施（週1回程度）
- 対応マニュアルの整備
- 相談内容の記録
- 実施内容等の掲示

(2) 運用事例

本体制構築にあたっては、相談体制の確立と院内の情報の共有がポイントです。患者暴力の芽を未然に摘み取るとともに、日常的なクレームに耳を傾け、収集と分析を経て、広く職員に情報発信していくことがその役割になります。

◆ 「患者サポート体制」相談窓口運用マニュアル(例)

(設置場所)

1. ○○病院医療福祉相談室に、患者支援体制の相談窓口（以下「相談窓口」とする）を設置する。
2. 病院内に相談窓口の常設及び活動に関する表示を行い、入院案内の冊子に相談窓口の案内を載せ、患者・家族が利用しやすいように努める。

(活動方針)

1. 相談担当者は、患者や家族から疾病に関連する生活上の様々な相談に、専門技術を用いて支援する。
2. 相談担当者は、相談内容に応じて他部門と連携協働して支援する。

(報告体制)

1. 相談の実績は、日報・月報・年報を作成し、病院長に報告する。
2. 相談内容が苦情・意見の場合は「苦情・意見相談記録」を各部門の担当者に回覧し、病院長に報告する。緊急の対応を要する場合は、相談窓口責任者を通して、即時病院長に報告する。

経営データベース ①

ジャンル: 人材・人事制度 > サブジャンル: 人事評価

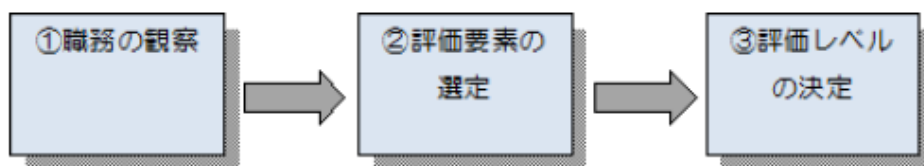


人事評価の進め方

人事評価の精度を高めるために、普段の人事評価をどのように進めればよいでしょうか。



人事評価の精度を上げるためには、下記のように、ステップを順序よく踏むことが重要です。



(1) 職務の観察

人事評価においては、職務に関する行動と、上司と部下で確認し合った職務基準に対する取り組み、およびその結果が直接の対象となります。

日常業務の中で人事評価を行う場合は、まず職務の観察から始めます。職務の観察は、常日頃部下を観察することで可能なものであり、部下の行動をイメージでとらえたり、拡大解釈したりすることは、慎まなければなりません。

(2) 評価要素の選定

人事評価の対象となるべき行動が把握できたら、次はその行動をどの評価要素で評価していくかを判断します。これを評価要素の選定といいます。

行動を態度という要素でとらえるか、また能力でとらえるか、さらには態度のなかでも、協調性でとらえるか、責任性でとらえるかを選定します。

(3) 評価レベルの決定

最後は、評価レベルの決定です。部下に与えた「期待し求める基準」に対して、クリアできたかどうか、あらかじめ決められたいくつかの評価レベルのうち、どれを当てはめていくかを決めます。

経営データベース ②

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

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ます。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。