

週刊WEB

医療経営

MAGAZINE

Vol.574 2019.5.21

医療情報
ヘッドライン

診療用放射線の安全管理責任者 条件付きで診療放射線技師も対象

▶厚生労働省 医療放射線の適正管理に関する検討会

介護職員等特定処遇改善加算の算定 月額平均8万円の賃上げ実現できず

▶厚生労働省 社会保障審議会 介護給付費分科会

週刊
医療情報

2019年5月17日号

「身近な医療」の あり方の議論開始

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30年9月)

経営情報
レポート

クリニックの成長を促す 若手職員の早期戦力化の進め方

経営
データ
ベース

ジャンル:人材・人事制度 サブジャンル:経営ビジョン達成型人事制度
病院に求められる人事制度
経営ビジョン達成型人事制度の特性

医療情報
ヘッドライン
①

診療用放射線の安全管理責任者 条件付きで診療放射線技師も対象

厚生労働省 医療放射線の適正管理に関する検討会

厚生労働省は、3月6日の「医療放射線の適正管理に関する検討会」で、レントゲンやCTといった診療用放射線の利用にかかわる安全管理責任者について、診療放射線技師もその対象とする方針を明らかにした。

■厚労省が今年1月9日から2月7日まで パブリックコメントを募集

これまで、診療用放射線に関する安全管理のための責任者は、医師・歯科医師の有資格者のみに限られていた。

医師・歯科医師のみに限定していたのは、適切な線量を設定する「最適化」と、放射線診療の実施の是非を判断する「正当化」の双方について十分な知識を有する必要があるのが理由だった。

しかし、厚労省が今年1月9日から2月7日までパブリックコメントを募集した、診療用放射線の安全管理の規定に関する「医療法施行規則の一部を改正する省令案（規則第1条の11 関係）」について寄せられた57件の

意見のうち、32件が「診療放射線技師についても診療用放射線の利用に係る安全な管理のための責任者となれるように対応するべきではないか」という意見だった。

これを受け、診療放射線技師も「最適化」「正当化」について十分な知識を有し、役割を果たせるという「基本的考え方」を示すに至った次第だ。

■診療放射線技師の有資格者であれば 安全管理責任者を任せることが可能

ただし、あくまでも安全管理責任者は原則として「常勤の医師又は歯科医師」としたうえで、以下の条件をつけた。

医療施設の放射線診療について常勤の医師又は歯科医師が正当化を、また常勤の診療放射線技師が最適化を担保し、当該医師又は歯科医師が当該診療放射線技師に対して適切な指示等を行う体制を確保している場合に限り、当該医療施設について診療放射線技師を責任者とする。

診療放射線技師のみで診療を実施する医療機関は存在しないため、事実上「常勤の診療放射線技師」であれば安全管理責任者になれると緩和した格好となる。

「医療放射線の適正管理に関する検討会」では、責任者の条件として「修業年限を規定することは非常に難しい」との意見も出ており、診療放射線技師の有資格者であれば安全管理責任者を任せることが可能になると考えてよさそうだ。



医療情報
ヘッドライン
②

介護職員等特定処遇改善加算の算定 月額平均8万円の賃上げ実現できず

厚生労働省 社会保障審議会 介護給付費分科会

厚生労働省は、3月6日の社会保障審議会介護給付費分科会で、新たな処遇改善加算となる「介護職員等特定処遇改善加算」の算定要件を提示し、大筋で了承された。

勤続年数10年以上の介護福祉士の賃金を月額平均8万円相当引き上げることが目玉となっていた処遇改善策だったが、あいまいな要件が多く、賃上げが適用されないベテラン職員が多数出てくる可能性も出てきた。

■新たな処遇改善加算は、介護職員処遇改善加算の算定区分Ⅰ～Ⅲの事業所が対象

介護職員の処遇改善は、深刻化する人手不足解消策として政府が推進している。

2017年12月に閣議決定された「新しい経済政策パッケージ」で、勤続年数10年以上の介護福祉士に月額平均8万円相当の賃上げを実施するとぶち上げ、1,000億円の公費を用意して処遇改善加算の見直しを図ってきた。昨年12月に介護給付費分科会でまとめた「審議報告」によれば、今回の新たな処遇改善加算は、従来の介護職員処遇改善加算の算定区分Ⅰ～Ⅲを算定している事業所を対象とするが、勤続10年以上の職員に必ず月額8万円の賃上げが行われるわけではない。

月額8万円の賃上げの対象となるのは、「サービス提供体制強化加算」「特定事業所加算」「日常生活継続支援加算」のいずれかを算定している事業所のみで、これらの算定実績がない事業所は、加算率が下がる算定率の対象となる。

■処遇改善加算は算定しやすくなったが、月額8万円の賃上げが確実とくいえない状態

事業所が処遇改善加算で得た金額の配分や基準は、事業所側に委ねられているが、「勤続10年以上の介護福祉士」「その他の介護職員」「介護職以外の職員」の3グループごとに、一定割合を配分しなければならない。

さらに、「勤続10年以上の介護福祉士」の中には「月額8万円賃上げ」もしくは「改善後に年収440万円以上」となる職員が1人以上いなければならないルールとなっている。

小規模事業所の場合、これらの条件を満たすことが困難なのは明白であるため、介護給付費分科会では、例外規定を盛り込んだ改定案を答申した。それに対し、6日に厚労省が提示した例外規定の対象は「事業所が小規模など、全体の加算額が少ない」「賃金水準が低い事業所など、月8万円または年収440万円以上の賃上げを直ちに行うことが難しい」「これまで以上に事業所内の役職や能力・処遇の明確化が必要となり、一定期間を要する」だった。そのうえ、「経験や技能のある」については、勤続10年以上の介護福祉士を原則とするものの、「同一法人だけでなく他の法人や医療機関などの経験も通算可能」「10年に達していなくても業務内容などを勘案して対象に加えられる」とした。つまり、最終的には事業所の裁量に委ねる、という丸投げの形だといえ、処遇改善加算は算定しやすくなったものの、月額8万円の賃上げが確実とはいえない状態になっている。

医療情報①
中医協
総会

「身近な医療」のあり方の議論開始 ～中央社会保険医療協議会の総会にて

中央社会保険医療協議会（中医協、会長＝田辺国昭・東京大学大学院教授）は5月15日に総会を開き、患者と国民に身近な医療のあり方について議論を開始した。またこの日、有澤賢二・日本薬剤師会（日薬）常務理事が診療側委員に新たに就任した。同日付で委員を退任した安部好弘・日薬副会長の後任で、1期目の任期は10月29日までとなる。

■初診料の機能強化加算の要件見直すべき？

厚労省はこの日、「患者・国民に身近な医療の在り方について」と題する文書を提示し、論点として、以下の3項目を挙げた。

▼患者・国民から見た医療について

患者・国民から見た医療について／紹介状なしの大病院受診時の定額負担について

▼かかりつけ医機能等のあり方について

かかりつけ医機能について／かかりつけ歯科医機能について／かかりつけ薬剤師・薬局機能について

▼患者にとって必要な情報提供や相談支援のあり方について

患者への情報提供について／患者相談・支援について／安全・安心な医療の提供について

かかりつけ医機能への評価として2018年度診療報酬改定で導入された初診料の機能強化加算について、支払側委員は、かかりつけ医への誘導に対する評価だとする場合、算定要件を見直すべきと相次いで指摘している。

これに対し診療側は、要件が厳格で算定が困難としたうえで、検証結果に基づく議論を求めた。

■初診時定額負担、

改定をはさんで2200円余り増額

この日の総会で厚労省は、初診時の定額負担に関する集計結果を提示した。

それによると、2018年度診療報酬改定で定額負担の仕組みの対象病院となった「一般病床500床未満かつ許可病床400床以上」の地域医療支援病院での紹介状なしの初診時の定額負担額は、17年10月時点で3131.6円だったのに対し、18年度改定を経た18年10月時点では平均5352.2円で、2220.6円増加していた。

18年10月時点の定額負担額の分布を見ると、18年度改定前から受診時定額負担の対象だった病院（149施設）は、「5000円以上6000円未満」が全体の96.6%を占め、「6000円以上」は3.4%だった。

18年度改定からこの仕組みの対象となった病院（92施設）のすべてが「5000円以上6000円未満」だった。

また、現在では対象外である「許可病床200～399床」の地域医療支援病院（72施設）は、「3000円以上4000円未満」（40.3%）が最も多く、「2000円以上3000円未満」（33.3%）、「1000円以上2000円未満」（15.3%）などと続いた。

医療情報②
中医協総会
で了承

白血病等治療薬「キムリア」 約3350万円で薬価収載

中央社会保険医療協議会（中医協、会長＝田辺国昭・東京大学大学院教授）は5月15日の総会で、再生医療等製品のがん CAR-T 療法用細胞加工製品「キムリア点滴静注」（ノバルティスファーマ）の薬価収載を了承した。

算定薬価は1患者あたり3349万3407円で過去最高額、薬価収載は5月22日。

キムリアの適応

- ▼再発または難治性の CD19 陽性の B 細胞性急性リンパ芽球性白血病
- ▼再発または難治性の CD19 陽性のびまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫

算定方式は原価計算方式で、補正加算は「有用性加算（I）A」（35%）と「市場性加算（I）A」（10%）がついた。ただし、情報開示度が50%未満だったため、加算係数は「0.2」となり、実際の加算は合わせて9%となった。

費用対効果評価は「H3」に該当するとされ、市場規模予測は、ピークの8年度で投与患者数は216人、販売金額は72億円と予測された。海外の薬価は、米国（CMS）で43万9388ドル（4833万2714円）、英国（NHS）の28万2000ポンド（4117万2000円）、ドイツ（Lauer-Taxce）の32万ユーロ（4128万円）で、欧米各国より低めの薬価設定となった。

■キムリアの投与、適応は厳格

同日の総会では、キムリアの「最適使用推進ガイドライン」案も示された。

「再発または難治性の CD19 陽性の B 細胞性急性リンパ芽球性白血病」の適応は以下のいずれかの場合に限定。

- ▼初発の患者では標準的な化学療法を2回以上施行したが寛解が得られない場合
- ▼再発の患者では化学療法を1回以上施行したが寛解が得られない場合
- ▼同種造血幹細胞移植の適応とならないまたは同種造血幹細胞移植後に再発した場合

「再発または難治性の CD19 陽性のびまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫」では、以下のいずれかの場合であって、自家造血幹細胞移植の適応とならないまたは自家造血幹細胞移植後に再発した患者限定。

- ▼初発の患者では化学療法を2回以上、再発の患者では再発後に化学療法を1回以上施行し、化学療法により完全奏効が得られなかったまたは完全奏効が得られたが再発した場合
- ▼濾胞性リンパ腫が形質転換した患者では通算2回以上の化学療法を施行し、形質転換後には化学療法を1回以上施行したが、形質転換後の化学療法により完全奏効が得られなかったまたは完全奏効が得られたが再発した場合

■支払側、再生医療等製品の算定ルールの検討求める

同日の総会では、支払側委員から、価格設定の妥当性を問う意見が相次いだ。個別患者に対応する再生医療等製品は、原価計算方式で設定すれば必然的に高額になるため、再生医療等製品の特性を踏まえた価格算定ルールを検討すべきとの声も上がった。

週刊医療情報（2019年5月17日号）の全文は、当事務所のホームページよりご確認ください。

最近の医療費の動向 / 概算医療費(平成30年9月)

厚生労働省 2019年2月21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		国民健康 保険	(再掲) 未就学者	75 歳 以上		
				家 族						
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		41.3	23.9	12.3	6.5	5.2	11.5	1.4	15.3	2.1
平成 29 年度 4～3月		42.2	24.1	12.8	6.9	5.3	11.3	1.4	16.0	2.1
	4～9月	20.9	11.9	6.3	3.4	2.6	5.6	0.7	7.9	1.1
	10～3月	21.4	12.2	6.6	3.5	2.7	5.6	0.8	8.1	1.1
平成 30 年度 4～9月		20.9	11.8	6.3	3.4	2.6	5.5	0.7	8.1	1.1
	8月	3.5	2.0	1.1	0.6	0.4	0.9	0.1	1.4	0.2
	9月	3.3	1.9	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。

●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 26 年度		31.4	21.1	15.6	14.7	15.5	32.2	21.0	93.1	
平成 27 年度		32.7	21.9	16.3	15.4	16.0	33.9	21.3	94.8	
平成 28 年度		32.5	21.7	16.3	15.4	16.1	33.9	21.3	93.0	
平成 29 年度 4～3月		33.3	22.1	16.7	15.8	16.4	34.9	21.7	94.2	
	4～9月	16.5	10.9	8.1	7.7	8.0	17.2	10.6	46.8	
	10～3月	16.9	11.2	8.5	8.1	8.4	17.7	11.1	47.4	
平成 30 年度 4～9月		16.5	10.8	8.2	7.8	8.0	17.4	10.8	46.6	
	8 月	2.8	1.8	1.4	1.3	1.4	2.9	1.7	7.9	
	9 月	2.6	1.7	1.3	1.2	1.3	2.8	1.8	7.4	

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 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	41.3	32.8	15.8	14.2	2.9	7.5	0.8	0.19	16.5	21.7	2.9	
平成29年度4～3月	42.2	33.5	16.2	14.4	2.9	7.7	0.8	0.22	17.0	22.1	2.9	
	4～9月	20.9	16.6	8.0	7.1	1.5	3.8	0.4	0.11	8.4	10.9	1.5
	10～3月	21.4	16.9	8.2	7.3	1.5	3.9	0.4	0.12	8.6	11.2	1.5
平成 30 年度4～9月	20.9	16.8	8.2	7.1	1.5	3.6	0.4	0.13	8.6	10.8	1.5	
	8月	3.5	2.8	1.4	1.2	0.2	0.6	0.1	0.02	1.5	1.8	0.2
	9月	3.3	2.7	1.3	1.1	0.2	0.6	0.1	0.02	1.4	1.7	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。

● 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 26 年度	25.7	25.6	4.7	16.7	4.2	8.1	0.13
平成 27 年度	25.8	25.6	4.7	16.8	4.2	8.2	0.15
平成 28 年度	25.6	25.4	4.7	16.6	4.2	8.3	0.17
平成 29 年度 4～3月	25.6	25.4	4.7	16.5	4.2	8.4	0.20
4～9月	12.8	12.7	2.3	8.2	2.1	4.1	0.10
10～3月	12.8	12.7	2.4	8.3	2.1	4.3	0.10
平成 30 年度 4～9月	12.6	12.5	2.3	8.1	2.1	4.1	0.11
8月	2.1	2.0	0.4	1.3	0.3	0.7	0.02
9月	2.0	2.0	0.4	1.3	0.3	0.6	0.02

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) 医科入院外 +調剤
		食事等含まず	食事等含む					
平成 26 年度	15.5	32.6	34.3	8.2	6.7	8.9	11.0	12.5
平成 27 年度	16.1	33.3	35.0	8.5	6.8	9.6	11.0	13.2
平成 28 年度	16.1	33.8	35.5	8.5	6.9	9.0	11.1	13.1
平成 29 年度 4～3月	16.5	34.5	36.2	8.7	7.0	9.2	11.1	13.4
4～9月	16.4	34.3	36.0	8.7	6.9	9.2	11.1	13.3
10～3月	16.7	34.7	36.4	8.8	7.0	9.2	11.1	13.5
平成 30 年度 4～9月	16.7	35.1	36.8	8.9	7.1	8.9	11.3	13.4
8月	17.2	35.5	37.2	9.1	7.1	9.2	11.3	13.7
9月	16.8	34.5	36.2	9.0	7.1	8.9	11.4	13.5

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。

最近の医療費の動向/概算医療費（平成30年9月）の全文は、
当事務所のホームページの「医業経営 TOPICS」よりご確認ください。



経営情報
レポート
要約版



人 事 ・ 労 務

クリニックの成長を促す

若手職員の 早期戦力化の進め方

1. 若手職員の特性と定着率の実態
2. 若手職員の早期戦力化を図るための育成方法
3. 若手職員に自信をつけさせるための支援策
4. 院長が実践する上手な褒め方、叱り方のポイント



■参考文献

「できない部下をできる部下に変える7つのこと」(明日香出版社)
「困った部下の指導法が面白いほどわかる本」(中経出版)
「中小企業白書 2015」(中小企業庁)
「中央職業能力開発協会」

1

医業経営情報レポート

若手職員の特性と定着率の実態

■ 現代の若者の特性

米国では、2000 年以降に成人を迎える世代を「ミレニアル世代」と呼んでおり、日本の世代区分では、「ゆとり世代」や「さとり世代」が該当します。

この世代の若者は、インターネットが普及した環境で育った最初の世代であるとともに、運動会の徒競走で手をつないでゴールするように、一芸に秀でることよりも無難な子供に育つような教育を受けています。一方で、受験戦争に追われ偏差値により優劣が決められてしまう競争も経験しており、失敗が許されないというプレッシャーも受けてきています。

当時は、経済は長く停滞していた時代でもあり、これらの結果、リスクを避け、失敗しない無難な選択肢を選ぶ傾向が見られ、これらの時代背景の中で育ってきた若手職員は、以下のような特性を持っています。

- ①怒られることに慣れておらず、ストレス耐性が低い
- ②リスクを恐れず自分から積極的に動こうとしない
- ③失敗することを避ける
- ④人と関わるのが苦手
- ⑤傷つきたくないという意識が強く、他人の評価に敏感

その一方で、優れている面もあります。指示した仕事については確実に実行したり、積極的に発言することがなかったりしても、自分の考えはしっかり持っています。

さらには、IT ツールの発達など情報化社会の中で過ごしてきており、情報収集面においては、ベテラン職員よりも優れている人が大勢いるはずです。

このように、今の若手職員は、院長から見ると、一方では物足りない面も持ち合わせているかも知れませんが、優れた面も数多く持っています。

- ①与えられた仕事は確実に行う
- ②自分の考え・意見は持っている
- ③情報収集が得意
- ④知識などの基礎能力は高い
- ⑤興味のあることに対してはとことん追求する

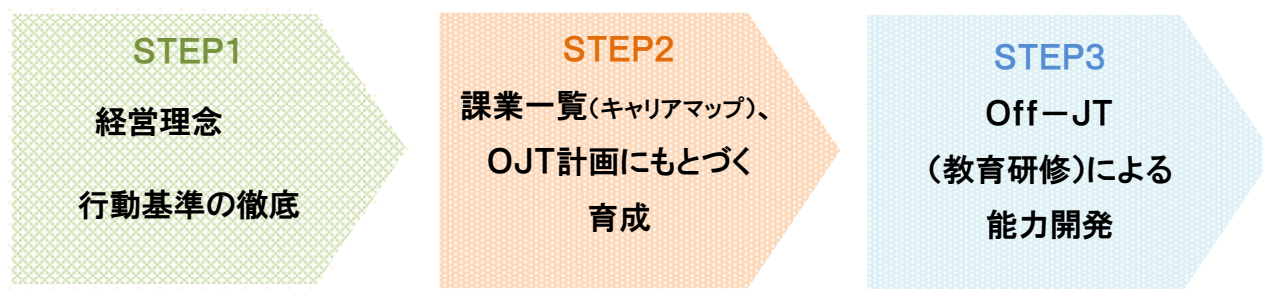
2

医業経営情報レポート

若手職員の早期戦力化を図るための育成方法

■ 早期戦力化の手順と経営理念・行動基準の徹底

若手職員の早期戦力化を図るためには、下記の3つのステップで育成に取り組んでいくことが必要です。以下、このステップに基づいて、ポイントを解説します。



はじめに、若手職員には自院の経営理念や行動基準を習得させることが重要です。これが、職員育成の柱になります。

経営理念は、診療所における根源的な考え方です。在籍している限りは尊重すべき価値観や行動規範であり、緊急事態に遭遇した場合やマニュアルにない判断を求められたときの拠り所になるものですので、入職時のオリエンテーションでしっかりと伝え、理解させることが重要です。

また、自院で定めている基準行動を徹底的に教え込み、考えなくても自然と「言える」「行動できる」レベルまで叩き込む必要があります。これが、若手職員育成の第一歩です。

■ 入職時に徹底的に教え込むべき項目

- | | | |
|------------|--------------|----|
| ● 経営理念 | ● 安全基準、衛生基準 | |
| ● 自院独自のルール | ● 時間に対する基準 | |
| ● 挨拶、言葉遣い | ● 「報・連・相」の徹底 | |
| ● 身なり、服装 | ● 正しい電話対応 | など |

■ 課業一覧(キャリアマップ)、OJT計画にもとづく育成

若手育成で最も重要なのが、このステップです。

「早期に」「計画的に」育成を進めるには、成長のロードマップをしっかりと作成し、本人に見せて、進捗チェックと指導を行うことがポイントとなります。

その役に立つものが、課業一覧表(キャリアマップ)、OJT計画です。

課業一覧表(キャリアマップ)とは、院内にある仕事の棚卸を行い、経験年数や等級と担当する職務や役割の関係を整理したものです。

3 医業経営情報レポート

若手職員に自信をつけさせる支援策

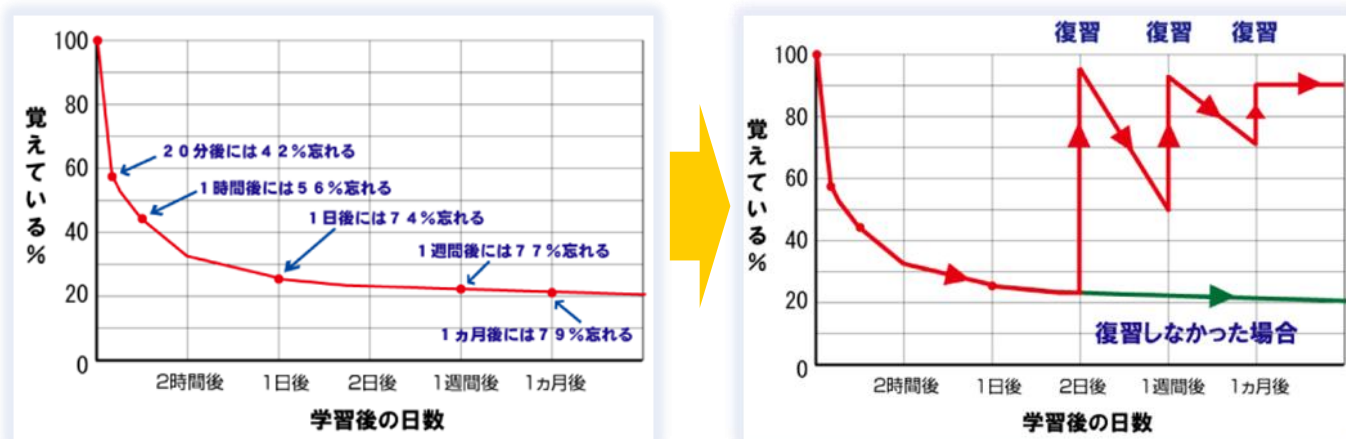
■ 内省を促し、仕事を確実に覚えさせる

人の記憶は曖昧なものです。ドイツの心理学者ヘルマン・エビングハウスの忘却曲線にもあるように、そもそも脳は忘れるようにできているといわれています。

この理論は、一度覚えたことを放置しておくとも時間の経過とともに忘れてしまいますが、反復継続することで、習得の度合いは維持され、向上していくことを実証したものです。

この結果から、若手職員が仕事を覚えていく過程において、反復継続させることによって理解を確実なものとし、自信をつけさせることができます。

■ エビングハウスの忘却曲線と復習の関係



具体的には、若手職員に指示を与えた後に、院長として以下の取り組みを実践させることが有効です。

■ 仕事を確実に身につけさせるためのポイント

- 新しい仕事を指示した場合には、その場ですぐに質問させたり、不明点は自分で調べさせたりする
- その日覚えた仕事については、その日のうちに要点を整理させる
- 覚えた仕事については、定期的に習得した内容を確認する
- 与えたテーマ（仕事）については、実践させたり、発表の機会を与えたりする

■ 院内でのスピーチやプレゼンを経験させる

アメリカ国立訓練研究所の研究によって導き出された、学習定着率を表す「ラーニングピラミッド」というモデルがあります。これは、人の経験や学習の過程を分類したもので、まず体験して、次に自ら参加し観察して最終的に言葉やビジュアルで表すことができるようになるということを表しています。

4

医業経営情報レポート

院長が実践する上手な褒め方、叱り方のポイント

■ 上手な褒め方のポイント

(1)何を褒めるのか

院長は、職員が自院の理念・方針に沿った行動や考え方や患者対応をしたときには、褒めることが重要です。人は褒められることで「これで良い」というフィードバックを受けたことになり、褒めた方向に職員を向かわせることができるからです。自院の職員としてあるべき姿を描き、また職員がその姿に合致する行動をしたら、即座に褒めるべきなのです。

■ 院長が率先して褒めるべき事

- 診療所の理念・方針に沿った行動
- 診療所の理念・方針に沿った考え方
- 診療所の理念・方針に沿った患者対応 など

(2)いつ褒めるのか

院長はどのタイミングで褒めればよいのでしょうか。その場で褒めずに後で褒めたり、さらに人事評価面接の際に「あの時は良かった」等と言ったりするケースは適切ではありません。

人の良い行動を促し、悪い行動を減らすという行動に着目した学問に行動科学があり、その中で「60 秒ルール」というものがあります。

行動を促したければ、その行動をみて「60 秒以内」に関わることが重要だという意味で、60 秒を超えたら効果がないわけではありませんが、その場で褒める（叱るも同様）ことにより、褒められた行動は繰り返すことができ、叱られた行動は減少する傾向があるといわれています。

(3)どのように褒めるのか

褒める際のポイントには、次のようなものが挙げられます。

■ 褒める機会を多く持つポイント

- ① 達成感を味わってもらう
- ② 積極的に職員に関わる

レポート全文は、当事務所のホームページの「医業経営情報レポート」よりご覧ください。

病院に求められる人事制度

経営ビジョン達成型人事制度の内容について教えてください。

■病院に求められる人事制度は「役割+能力基準」

病院組織は、年功型の人事制度を中心として運用してきたために、本人の能力ややる気、適性にかかわらず管理職への登用が行われていました。

従って、本来の管理職の役割と、そのポジションの役割遂行に必要な能力が不明確であり、あるべき管理職としての姿がなかったといっても過言ではありません。

このため、能力のある若手がしかるべき役割を与えられず、無能で高給の管理職のもとでつぶされる、優秀な人材が流出する、モチベーションは低下し、組織は硬直してパフォーマンスが低下する、といった悪循環が発生しているケースは決して少なくありません。

この悪循環を断ち切るために、経営ビジョンと戦略に基づいたあるべき組織体系を明確にし、そのなかで管理職が果たすべき役割と保有すべき能力を明示した人事制度こそ、今日の病院に必要なシステムだと言えます。

人事制度は大きく分けて

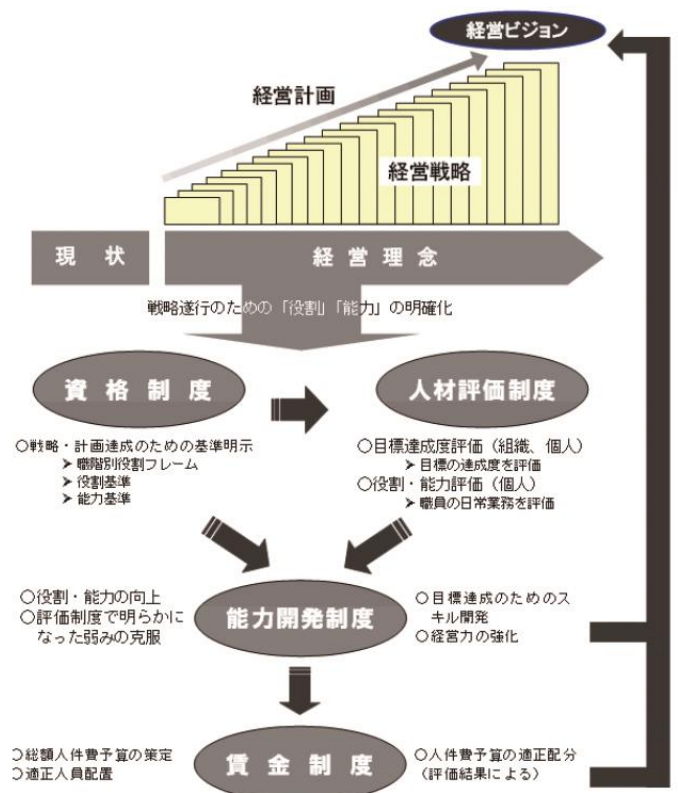
- 1) 資格制度
- 2) 目標管理制度
- 3) 能力開発制度
- 4) 評価制度
- 5) 処遇制度

の5つから成り立っています。

なかでも資格制度は他の制度の根幹となる仕組みであり、病院が職員に対して何を求めるか、が制度の基準となります。

ここでは、組織が効率的かつ効果的に機能する基準として「役割+能力」の二つの基準を組み合わせた、まったく新しい人事制度、すなわち「経営ビジョン達成型人事制度」構築を提案しています。

役割・能力主義人事制度の概念図



ジャンル:人材・人事制度 > サブジャンル:経営ビジョン達成型人事制度

経営ビジョン達成型 人事制度の特性

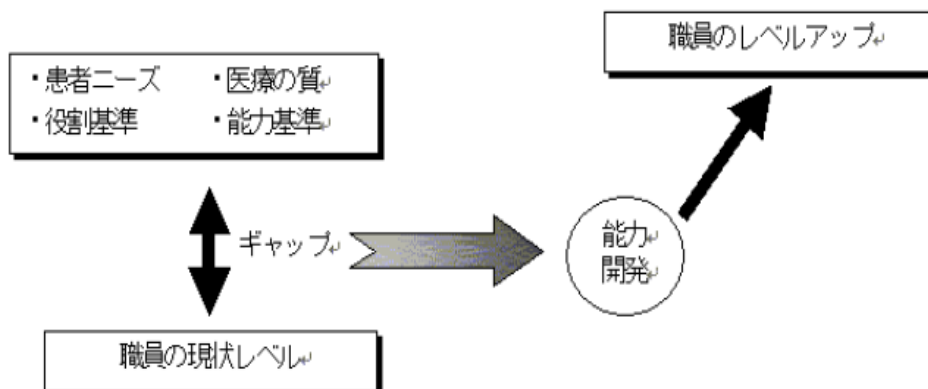
経営ビジョン達成型人事制度における
能力開発の特徴を教えてください。

能力開発は職員の自主性を重視した形で進めます。一般的に、医療従事者には向上心の高い人が多いのですが、こうした意欲に応えられるように組織的、計画的に人材のレベルアップを図っている病院は、そう多くはありません。

経営ビジョンを達成するためには、ビジョン、つまり病院が求める「あるべき姿」と個々の職員の現状を把握する必要があります。

そこにギャップが生じるならば、それを縮小するため、組織力を活かした能力

開発を進めることが、重要です。個人の取組みには限界があり、ビジョンと一致しないことが多々あるためです。組織力を最大限活用し、全職員のレベルアップを確実に図ることが病院のレベルアップを効果的に図るポイントです。



従来の能力開発はインプット中心、つまり、研修やOJTを推進することでした。これからの能力開発は、インプットをいかに活用するかがポイントです。インプットした知識を上司へ報告することはもちろん、院内で研修会を開いて講師役を務めたり、業務上の教育担当を引き受けたりする等、能力開発の密度をさらに濃くすることが必要です。また、費用対効果や業務で活用できているか等の評価にも力を入れ、インプットの質を向上させる取組みを実施します。

能力開発に力を入れている病院には、レベルの高い職員が集まります。経営ビジョン達成のためには、能力開発は不可欠な要素です。

