

週刊WEB

医療経営

MAGA
ZINE

Vol.735 2022.8.23

医療情報ヘッドライン

従来の保険証利用の窓口負担引き上げ 「マイナ保険証」の負担額見直しで

▶厚生労働省 中央社会保険医療協議会 総会

「1,860時間超」の大学病院勤務医、 最も割合が多いのは産婦人科

▶厚生労働省 社会保障審議会 医療部会

週刊 医療情報

2022年8月19日号

医学部恒久定員内の 地域枠の設置等で議論

経営TOPICS

統計調査資料

医療施設動態調査 (令和4年3月末概数)

経営情報レポート

マイナンバーカード普及で需要が拡大する オンライン資格確認の概要と導入事例

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

「病院理念」「経営ビジョン」とは 経営ビジョン達成型人事制度の構築

従来の保険証利用の窓口負担引き上げ 「マイナ保険証」の負担額見直しで

厚生労働省 中央社会保険医療協議会 総会

厚生労働省は 8 月 10 日の中央社会保険医療協議会総会で、従来の健康保険証で医療機関を受診した場合の窓口負担を引き上げる方針を提示し、了承された。

マイナンバーカードを健康保険証として利用した場合（以下、マイナ保険証）の窓口負担は引き下げる。いずれも今年 10 月から適用される。オンライン資格確認の原則義務化と、マイナンバーカードの普及の双方を強力に推し進めることが狙いだ。

■オンライン資格確認の

運用施設は未だ3割未満

オンライン資格確認とマイナ保険証は関係にある。従来、受診時に健康保険の資格確認をすることは困難であり、窓口の事務負担や未収金リスクの要因となっていた。

その課題をクリアするのが、その場で本人確認が可能な国が無償提供する顔認証機能付きカードリーダーだ。照合するカードをマイナ保険証にすることで、医師や薬剤師は健康診断の結果や薬剤の処方歴などを一元的に把握でき、患者側も医療機関ごとに診察券を持つ必要がなくなる仕組みとなっている。

人口が加速度的に減少していく今後を見据え、医療資源を効率的に活用して医療費の抑制にもつなげられるというわけだ。

ところが、構想に現実がなかなか追いつかない状況が続いた。オンライン資格確認の本格運用が予定されていた 2021 年 3 月下旬の半年前となる 2020 年 10 月時点でカードリーダーの申込数は医療機関・薬局のわずか 14.5%。制度が先走っている感は否めない。

ちなみに、カードリーダーの申込数は今年 7 月 31 日時点で 61.5%となったが、肝心の「運用開始施設数」は 26.1%と未だ 3 割未満。マイナンバーカードも、7 月 31 日時点で人口全体に対する交付枚数率は 45.9%と半数にも到達していない。ただ、2023 年 4 月からオンライン資格確認のシステム導入を医療機関・薬局に義務付け、従来の保険証は原則として廃止することが決まっている。

そのため今後急ピッチで普及が進むことは間違いなく、医療現場はシステムの不具合への対応や、スムーズな運用のための業務フロー見直しに奔走することになるだろう。

■マイナ保険証の普及を

阻害する診療報酬を是正

そうした状況にもかかわらず、今年 4 月の診療報酬改定は「マイナ保険証よりも従来の保険証を使うほうがお得」な状態にしてしまった。従来の保険証が初診 9 円のところ、マイナ保険証は初診 21 円、再診 12 円の加算となっていたのだ。マイナンバーカードの普及を目指しているのに利用を遠ざけるような施策であり、見直すのは当然といえよう。

なお、10 月からはマイナ保険証利用で初診は 6 円加算され（15 円引き下げ）、再診の加算はなし。従来の保険証は初診 12 円加算で 3 円の引き上げとなる（いずれも医科・歯科の場合。調剤はマイナ保険証が月 1 回 9 円加算から 6 ヶ月に 1 回 3 円加算と 6 円引き下げられ、従来の保険証が 3 カ月に 1 回 3 円加算から 6 カ月に 1 回 9 円加算と 6 円引き上げられる）。

「1,860時間超」の大学病院勤務医、最も割合が多いのは産婦人科

厚生労働省 社会保障審議会 医療部会

厚生労働省は、8月17日の社会保障審議会医療部会で、「医師の働き方改革の施行に向けた準備状況調査（大学病院調査）」の結果を公表。2024年度からの「医師の働き方改革」で特殊事情がある場合の時間外労働の上限時間となる「年間1,860時間超」の医師数は、全体の2.4%に相当する1,034人だった。医師の割合が最も多い診療科は産婦人科で7.0%だった。次いで多いのは順に脳神経外科（5.8%）、外科（5.1%）で、救急科は3.1%にとどまった。

医師数を見ても救急科は所属医師数1,400人のうち1,860時間超の医師は43人であり、過重労働が多いイメージが定着している救急科の状況が変わってきている可能性がある。他方で、少子化対策において重要な役割を担う産婦人科の労働環境は、早急に点検・是正する必要があるとみられる。

■全大学病院が医師の勤務実態を明らかに

厚労省は今年3月から4月にかけて、全病院を対象とした「医師の働き方改革の施行に向けた準備状況調査」を実施。それによれば、副業・兼業先も含めて医師の時間外・休日労働時間を把握できている大学病院の本院および防衛医科大学校病院は、計82病院中20病院にとどまった。厚労省はこの状況に危機感を募らせた。

2024年4月の「医師の働き方改革」開始を見据えると「特に大きな影響が想定される大学病院等においては、令和4年夏には時間外・休日労働時間の把握を終え、医師労働時間短縮計画の策定を本格化させることが必要である」とし、今回の調査を急遽5月下旬か

ら実施。対象の全病院、全診療科から回答を得た。調査結果を細かく見ていこう。

所属医師数は43,718人で、時間外・休日労働時間数の把握状況は自院100%、副業・兼業先の勤務予定が100%、副業・兼業先の勤務実績が90%だった。4月の時点で把握していなかった大学病院も、厚労省の危機感を受け止めて調査したことが窺える。

■産科婦人科学会の認識は

「平均3割が1,860時間超」

一方で審議会の委員からは、この調査の数字の「質」に疑義を呈する声もあがった。

とりわけ注目したいのは、産婦人科で過重労働をしている医師数はもっと多いという指摘だ。日本産科婦人科学会では、平均3割程度の医師の時間外労働が1,860時間超と把握しているため、病院側の調査手法に問題がある可能性にも言及した。

こうした指摘があること自体、真の実態がブラックボックスだと示しているが、少なくとも可視化に向けて前進していることは評価すべきだろう。厚労省は、実態調査を継続する意向を示しており、今後の結果にも注目していきたい。

なお、「医師の働き方改革」で、勤務医の時間外労働の上限は「A水準」「B水準」

「C水準」の3つに大別することに決定している。A水準は「年間960時間以下」、救急医療など特殊事情がある場合はB水準として「年間1860時間以下」。C水準は、B水準と同じく「年間1860時間以下」だが、多くの症例を集中的に経験する必要がある研修医が対象となっている。

医療情報①
 厚生労働省
 WG

医学部恒久定員内の 地域枠の設置等で議論

厚生労働省は8月10日、「地域医療構想および医師確保計画に関するワーキンググループ(WG)」(座長=尾形裕也・九州大学名誉教授)の会合を開き、以下などについて議論した。

- ▼将来の医師の多寡による医師の確保の方針および地域枠
- ▼産科・小児科における医師確保計画
- ▼医師確保計画の効果の測定・評価

国は医師の地域・診療科偏在に対して、地域・診療科ごとの医師偏在指標を設け、「第7次医療計画」の途中(2020年)から各都道府県に対して3年を単位とする「医師確保計画」の策定を求めている。「医療法及び医師法の一部を改正する法律」で、都道府県知事から大学に対する「地域枠」および「地元出身者枠」の設定・拡充の要請権限が創設され、現在、各都道府県の「医師確保計画」では、国が定めた「医師確保計画策定ガイドライン」に沿って、長期的な地域偏在対策の手段として一定期間の地域での従事要件を課する「地域枠」や「地元出身者枠」を設定し、一定の効果があるとされている。

また、短期的な偏在対策としては、「医師多数区域(偏在指標上位3分の1)」から「医師少数区域(同下位3分の1)」「医師少数スポット(医療構想区域内で局所的に医師が少ない地域)」への医師の誘導策(派遣等)や、臨床研修制度での募集定員倍率縮小などの地域偏在対策、日本専門医機構の新専門医制度で診療科単位によるシーリング設定や「地域連携プログラム」設定などが実施されている。この日厚労省は、将来の医師の多寡による医師の確保の方針および地域枠について、以下を論点として示した。

- ▼医学部恒久定員内の地域枠等の設置を促進するためにはどのような取り組みが必要か
- ▼都道府県に所在する大学に対して地域枠や地元出身者枠を設置する場合、医師の育成や配置方法の検討など大学と都道府県の連携においてどのような取り組みが効果的か
- ▼都道府県外の大学に地域枠を設置する場合、地域枠学生が卒後地域に定着するためにどのような取り組みが効果的か

これについて大屋祐輔構成員(全国医学部長病院長会議理事)は、「都道府県ごとに大きく状況が異なるなかで、地域枠や地元出身者枠を設定する際、どのような医師、どのような役割を担うのかを検討するには余りにも差が大きいのではないかと指摘。(以降、続く)

産科、働き方改革の かかわりで議論

8月10日の地域医療構想および医師確保計画に関するWGでは、産科・小児科における医師確保計画について厚労省が論点として、以下を挙げた。

- ▼18年三師統計から分娩取り扱い医師数を把握できるようになったことで、次期「医師確保計画」では産科医師偏在指標の算出に分娩取り扱い医師数を用いて指標の精緻化を図ってはどうか
- ▼周産期医療に携わる医師の時間外労働が長時間である割合が高いことを踏まえ、小児科、産科・産婦人科医師の「医師確保計画」は、医師の派遣調整や勤務環境の改善（タスクシェアやタスクシフト）、地域枠等による養成を図る取り組みを進めてはどうか

大屋祐輔構成員は、「地域の分娩を担う病院でもハイリスク分娩を取り扱っていることで宿日直許可が取れず、今後、働き方改革が進めば、大学病院で勤務する医師の本務先以外での勤務は成り立たなくなる。地方では多くの中核病院でもNICUで働く医師の確保が難しい状況で、分娩を行う医師が一人辞めたら崩壊する病院がいったいどれだけあるのだろうか。事務局には輪切りにしたものだけでなく、そうした状況を表すデータも用意してもらって議論を行うべきだ」と要望した。岡留健一郎構成員（日本病院会副会長）も、「非常勤医師の外勤先における（時間外）労働時間を日当直回数や分娩回数などとの関係性まで落とし込んで分析してもらいたい」と事務局からの情報提供を求めた。

猪口雄二構成員（日本医師会副会長）は、「働き方改革の議論において、救急や産科の問題が大きくなってきている。出生数は減少しているが、高齢出産、ハイリスク分娩などが増えており、産科医師やNICUの役割や負担は増え続け、地域では対応できない状況にまで来ている。WGにおいて周産期医療の資料やデータをまとめて、現状では対応が無理なのだということを働き方改革の検討会の方へ示してもらいたい」と訴えた。

一方、今村知明構成員（奈良県立医科大学教授）は、産科・産婦人科、小児科医師数の変化に着目し、「6年前にお産の減少数を8年後で推計したものが4年で達成されており、かなり速いスピードで少子化が進んでいる。とりわけ、地方でのスピードが速い。偏在指標を今のままで据え置けば、将来、意味をなさなくなると予想する」としたうえで、「ハイリスク分娩など重症化の問題を捉えると集約化が大きなテーマとなるため、集約化を偏在指標の中に入れる必要があるのではないか」と提案した。

織田正道構成員（全日本病院協会副会長）は、「お産の数だけ見ると圧倒的に一般病院が多い。今後、こうした一般病院において、どのような体制、医師を確保すれば良いのか、都道府県も具体的な施策・対応を考えてもらう必要がある」と問題提起した。

週刊医療情報（2022年8月19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。

医療施設動態調査 (令和4年3月末概数)

厚生労働省 2022年5月31日公表

病院の施設数は前月に比べ 11 施設の減少、病床数は 1144 床の減少。
 一般診療所の施設数は 203 施設の増加、病床数は 323 床の減少。
 歯科診療所の施設数は 3 施設の減少、病床数は 増減無し。

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		
	令和4年3月	令和4年2月				令和4年3月	令和4年2月	増減数
総数	180 634	180 445	189	総数	1 579 031	1 580 498	△ 1 467	
病院	8 182	8 193	△ 11	病院	1 496 856	1 498 000	△ 1 144	
精神科病院	1 054	1 055	△ 1	精神病床	322 938	323 105	△ 167	
一般病院	7 128	7 138	△ 10	感染症 病床	1 905	1 901	4	
療養病床を 有する病院 (再掲)	3 484	3 489	△ 5	結核病床	3 921	3 926	△ 5	
地域医療 支援病院 (再掲)	661	661	-	療養病床	281 175	281 839	△ 664	
				一般病床	886 917	887 229	△ 312	
一般診療所	104 691	104 488	203	一般診療所	82 117	82 440	△ 323	
有床	6 065	6 082	△ 17					
療養病床を有す る一般診療所 (再掲)	618	626	△ 8	療養病床 (再掲)	6 043	6 139	△ 96	
無床	98 626	98 406	220					
歯科診療所	67 761	67 764	△ 3	歯科診療所	58	58	-	

2 開設者別にみた施設数及び病床数

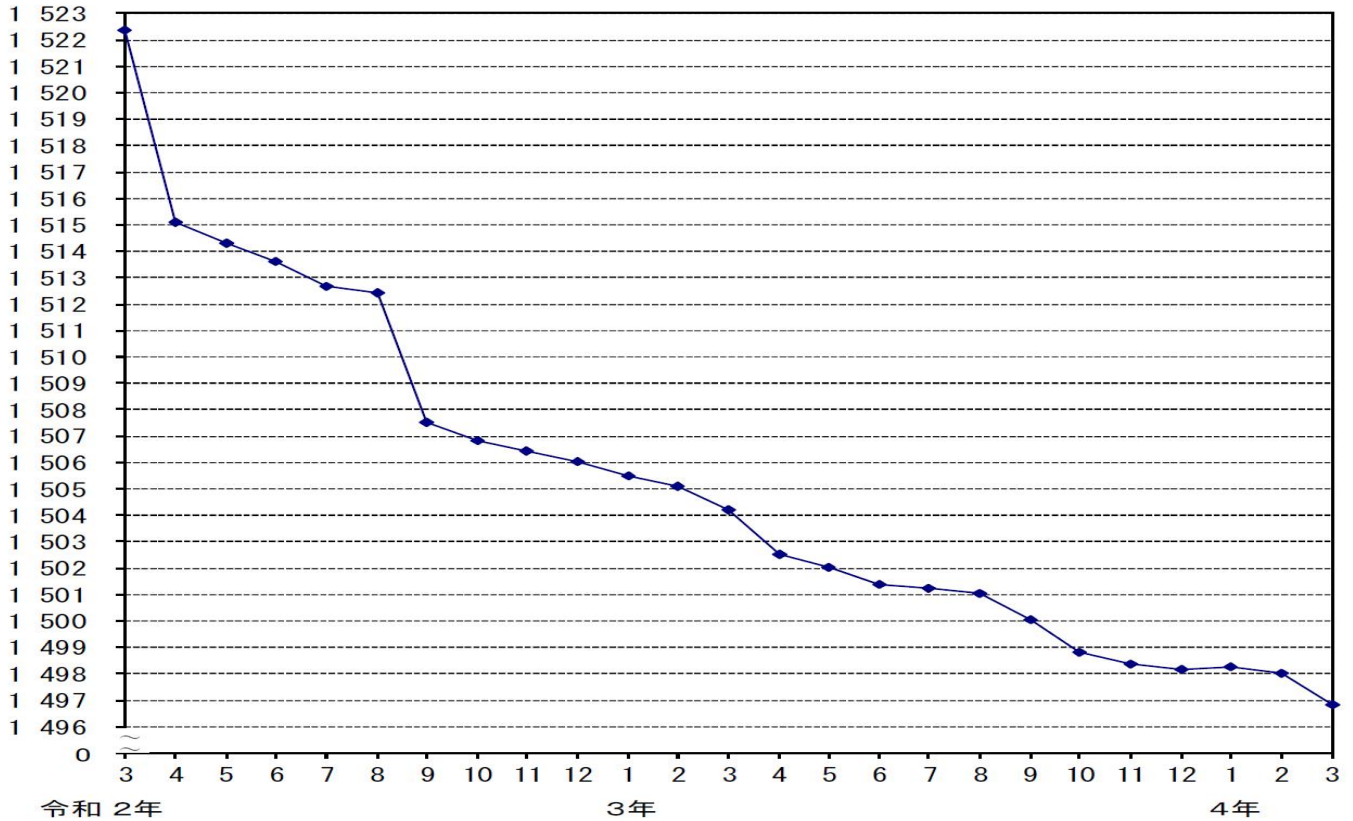
令和4年3月末現在

	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	8 182	1 496 856	104 691	82 117	67 761
国 厚生労働省	14	4 168	21	-	-
独立行政法人国立病院機構	140	52 546	-	-	-
国立大学法人	46	32 712	149	-	-
独立行政法人労働者健康安全機構	32	11 944	1	-	-
国立高度専門医療研究センター	8	4 078	-	-	-
独立行政法人地域医療機能推進機構	57	15 259	4	-	-
その他	19	3 372	368	2 173	3
都道府県	196	51 216	334	186	7
市町村	603	121 495	3 477	2 008	251
地方独立行政法人	114	44 535	38	17	-
日赤	91	34 611	203	19	-
済生会	83	22 564	56	10	1
北海道社会事業協会	7	1 622	-	-	-
厚生連	100	31 619	66	44	-
国民健康保険団体連合会	-	-	-	-	-
健康保険組合及びその連合会	7	1 569	281	-	2
共済組合及びその連合会	39	12 957	140	-	4
国民健康保険組合	1	320	13	-	-
公益法人	195	48 621	478	146	94
医療法人	5 671	835 951	45 441	63 779	15 909
私立学校法人	113	56 059	210	38	18
社会福祉法人	199	33 550	10 311	415	44
医療生協	80	13 194	294	201	48
会社	27	7 823	1 673	10	12
その他の法人	207	43 033	985	428	124
個人	133	12 038	40 148	12 643	51 244

参 考

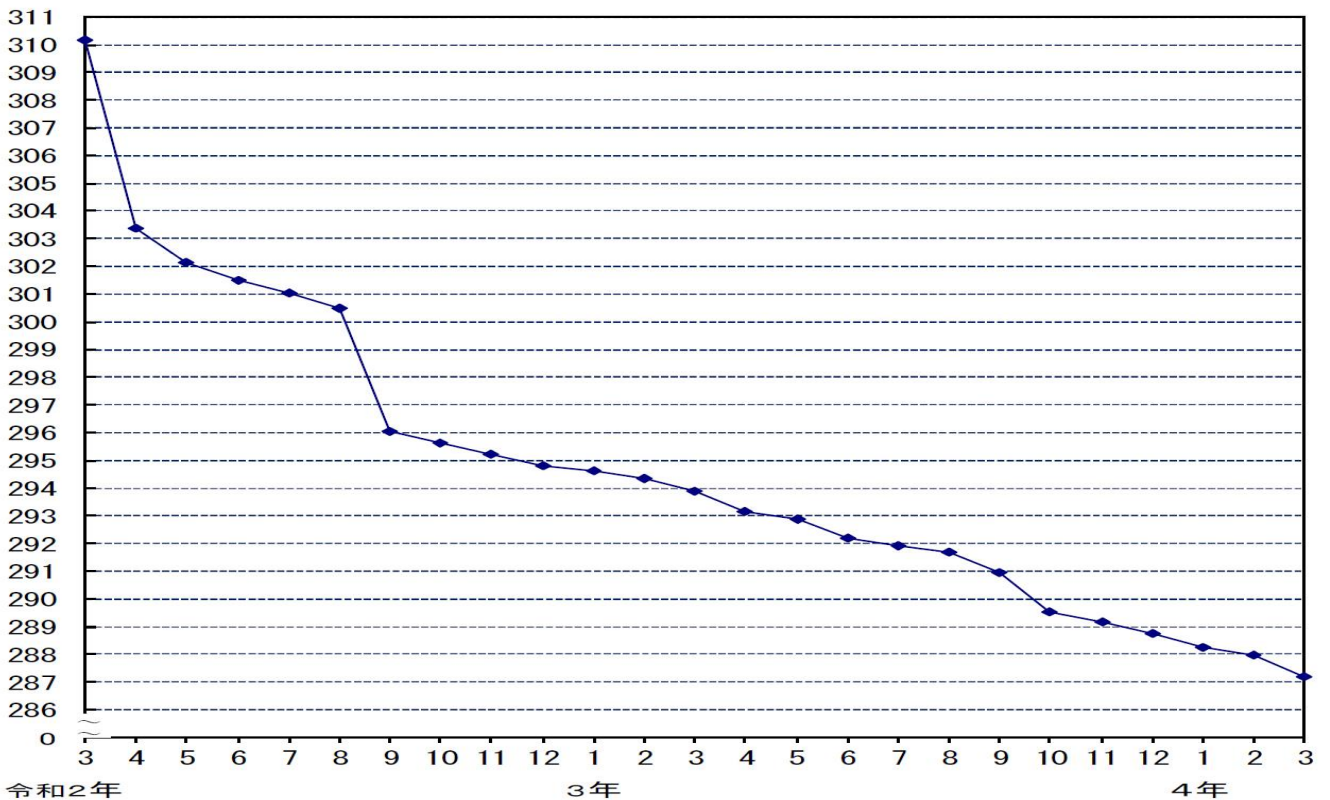
病床 (千床)

病院病床数



病床 (千床)

病院及び一般診療所の療養病床数総計



医療施設動態調査 (令和4年3月末概数) 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



医業経営

マイナンバーカード普及で需要が拡大する

オンライン資格確認 の概要と導入事例

1. オンライン資格確認の概要と利用需要の見通し
2. オンライン資格確認導入のメリット
3. 導入手順と補助金の概要
4. クリニックにおける導入事例とQ&A



参考資料

【厚生労働省】：オンライン資格確認の導入について（医療機関・薬局、システムベンダ向け）

【総務省】：2019 マイナポイント事務局ホームページ 【社会保険診療報酬支払基金】：オンライン資格確認・医療情報化支援基金関係 医療機関等向けポータルサイト

1

医業経営情報レポート

オンライン資格確認の概要と利用需要の見通し

■ オンライン資格確認とは

オンライン資格確認導入の背景には、少子高齢化の状況下において、質が高く、効率的な医療・介護サービスを提供するために医療データの利活用基盤を構築し、個人の状態にあった健康管理と医療・介護を提供するという目的があります。

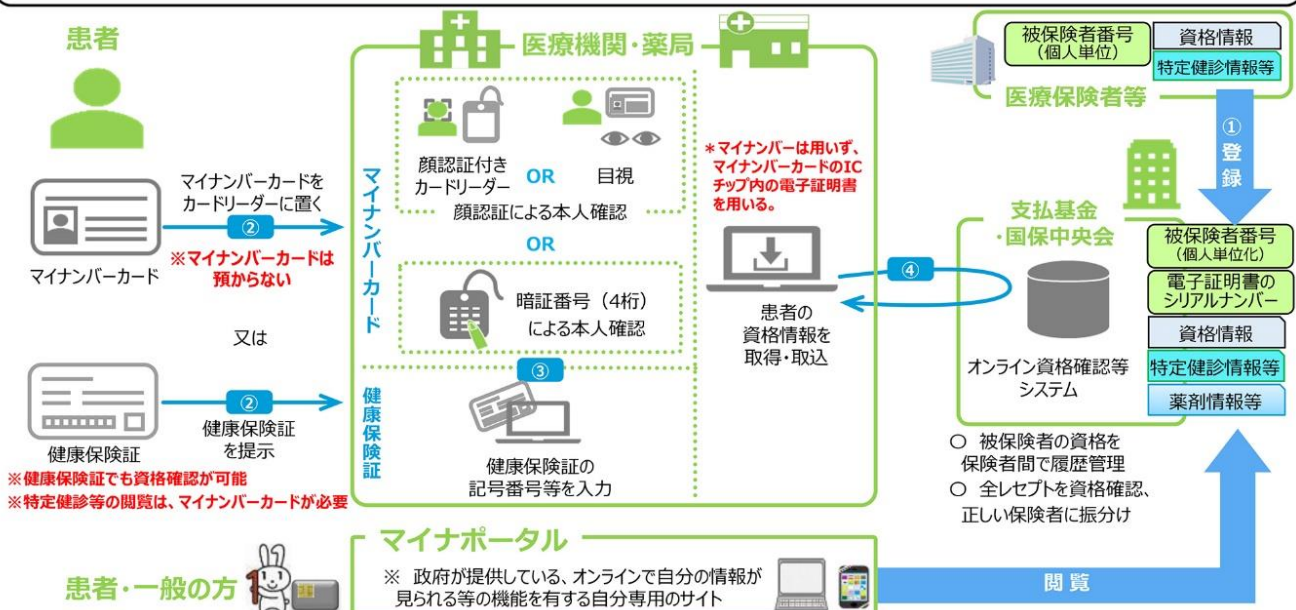
医療機関にとっては、オンライン資格確認を導入することにより、必要項目の手入力による作業コストの削減や患者の資格情報をいち早く確認できるようになります。今までは患者の資格確認をするために、健康保険証に記載されている必要な項目（保険証記号・番号、氏名、生年月日、住所など）を医療機関システムへ一つずつ入力する必要がありました。さらに、その場で資格情報を確認することが難しかったため、レセプトが返戻された際に被保険者の資格情報がわからず、医療費の一部を医療機関が負担せざるを得ないといった現状もありました。

こうした背景の下、オンラインで患者の資格情報を確認できる「オンライン資格確認」が2021年10月からスタートしました。

◆ オンライン資格確認の概要

オンライン資格確認の導入（マイナンバーカードの保険証利用）について

- オンライン資格確認等システムの導入により、
 - ① 医療機関・薬局の窓口で、**患者の方の直近の資格情報等（加入している医療保険や自己負担限度額等）が確認できるようになり、期限切れの保険証による受診で発生する過誤請求や手入力による手間等による事務コストが削減**できます。
 - ② また、マイナンバーカードを用いた本人確認を行うことにより、医療機関や薬局において特定健診等の情報や薬剤情報を閲覧できるようになり、**より良い医療を受けられる環境**となります（マイナポータルでの閲覧も可能）。



（出典）厚生労働省 オンライン資格確認の導入について（医療機関・薬局、システムベンダ向け）

2

医業経営情報レポート

オンライン資格確認導入のメリット

■ オンライン資格確認導入のメリット

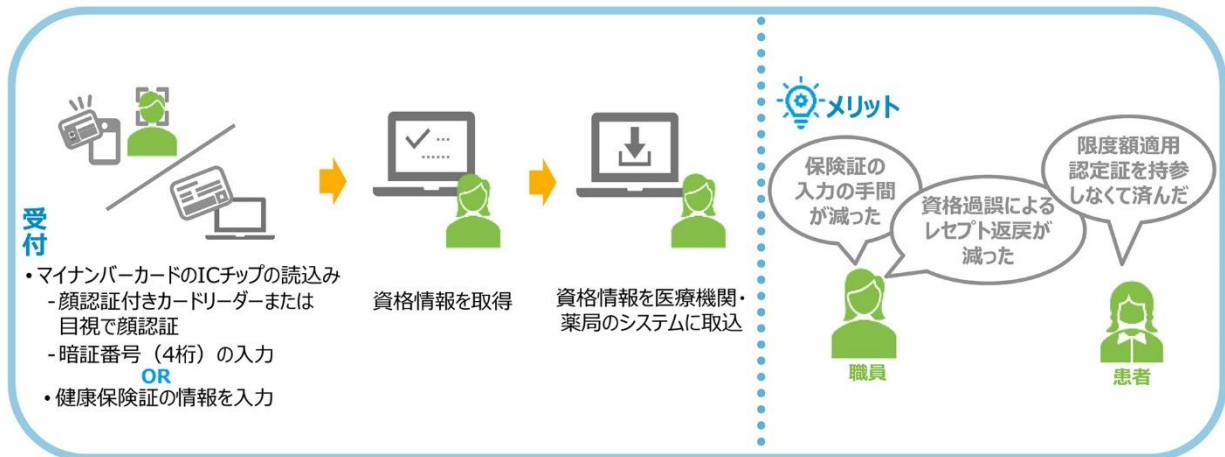
オンライン資格確認を導入することで様々なメリットがあります。そのうち、「厚生労働省 オンライン資格確認の導入について（医療機関・薬局、システムベンダ向け）」に示されている主な導入メリット等について紹介していきます。

(1) 即時に資格確認ができることでレセプト返戻が減り、窓口の手間を削減できる

オンライン資格確認を導入することで患者の保険資格がその場で確認できるようになるため、資格過誤によるレセプト返戻が減り、窓口業務が軽減されます。

ただし、資格確認の対象となるのは、健康保険被保険者証、国民健康保険被保険者証、後期高齢者医療被保険者証等の保険者がシステム管理している証類です。自治体が管理している公費負担・地方単独事業に伴う証類は運用開始時点では対象にならず、引き続き検討することとしています。

◆ オンライン資格確認による受付



(出典) 厚生労働省：オンライン資格確認の導入で事務コストの削減とより良い医療の提供を～データヘルスの基盤として～

(2) 薬剤情報や特定健診等情報を閲覧できる

常時、支払基金・国保中央会とオンラインで接続されるため、支払基金・国保中央会の情報を医療機関・薬局に提供することができるようになり、マイナンバーカードを用いて本人から同意を取得した上で、薬剤情報や特定健診等情報を医療機関・薬局で閲覧することが可能です。薬剤情報は、レセプトから抽出された情報となります。

注意点としては、「マイナンバーカードによる資格確認」でなければ患者の薬剤情報・特定健診等情報を取得することができないという点です。

3

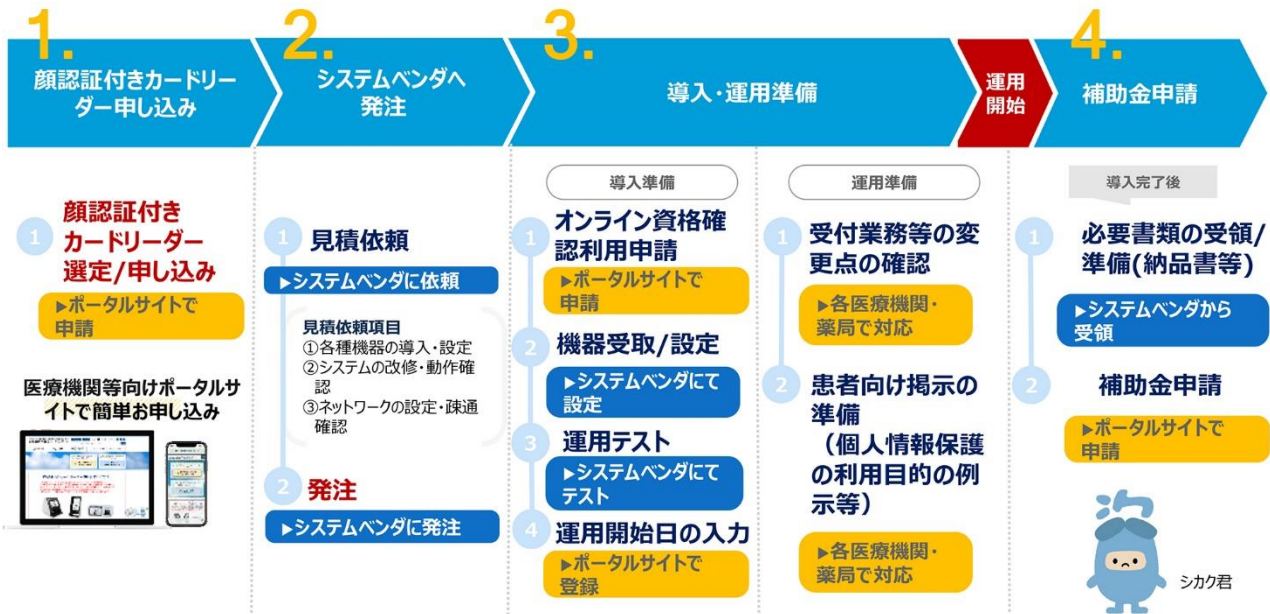
医業経営情報レポート

導入手順と補助金の概要

■ オンライン資格確認の利用に向けた準備作業

オンライン資格確認の利用に向けた準備作業は、以下の4ステップです。

◆ 準備作業のステップ



(出典) 厚生労働省：オンライン資格確認の導入で事務コストの削減とより良い医療の提供を～データヘルスの基盤として～

(1) 顔認証付きカードリーダー選定・申し込み

医療機関等向けポータルサイトの「顔認証付きカードリーダーカタログ」にて、製品紹介動画等を閲覧の上、いずれの製品を希望するかを検討します。2022年7月10日現在では、5社の製品から選択することができます。

◆ 顔認証付きカードリーダーのメーカーと製品名

- 富士通Japan 株式会社 ⇒ Caora(PD-CA01)
- パナソニック コネクト株式会社 ⇒ 顔認証付きカードリーダー(XC-STFR2JMN)
- 株式会社 アルメックス ⇒ Sma-paマイナタッチ(CPS-100W)
- キヤノンマーケティングジャパン株式会社 ⇒ Hi-CARA(UFT-S190S(NU))
- アトラス情報サービス株式会社 ⇒ EXC-9000

(2) システムベンダへ発注

システムベンダへ連絡し、見積を依頼する際に「導入を希望する時期」「顔認証付きカードリーダーの製品名」を伝えます。見積内容を確認した後に発注します。

4

医業経営情報レポート

クリニックにおける導入事例とQ&A

以下に、医療機関等向けポータルサイトで掲載されているオンライン資格確認の導入事例を紹介します。

■ 受付業務の負荷を大幅に削減できた事例

(1) オンライン資格確認を導入しようと思った理由

A内科クリニックは、地域に根ざした医療機関としての信頼を築いてきました。親子代々の患者に加え、地域性から転勤族も多く、様々な年代層を対象にホームドクターとして循環器科を中心とした一般内科診療を手がけています。

オンライン資格確認を導入しようと思った理由は、健康保険証だけでは正しい本人確認ができない等の理由から導入を検討されました。

◆ オンライン資格確認を導入しようと思った理由

- 転勤族が多いという土地柄もあって、オンライン資格確認による本人確認に魅力を感じたから
- マイナンバーカードでの本人確認により、最新の資格情報を確認できるだけでなく、診療に有用な二次情報（薬剤情報等）も閲覧できるから
- 本人確認が簡単確実にできるシステムの利便性を感じたから

(2) オンライン資格確認導入による効果

オンライン資格確認の仕組みを活用し、受付業務が改善されました。スタッフからは「業務量が2割程度は減少した」という声も挙がりました。

また、初診患者でマイナンバーカードを持参されたときは、入力作業がほとんどないこともスタッフから喜ばれたようです。

◆ オンライン資格確認導入による効果

- マイナンバーカードの有無に関わらず、健康保険証記号・番号でレセプトコンピュータから照会することで、有効性が即座に確認できる
- 健康保険証情報の見直し作業が削減され、スタッフの作業時間や資格過誤による対応が減ることでスタッフの心労が確実に軽減される

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。



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

「病院理念」「経営ビジョン」とは

当院では、病院理念は掲げていますが、
 具体的な経営ビジョンは打ち出していません。
 「経営ビジョン」とはどのようなものですか。

医療機関が円滑に人事制度改定を図るには、「病院理念」「経営ビジョン」を全職員に浸透させる必要があります。つまり、人事制度改定の前提として、「病院理念」とともに「経営ビジョン」の設定が求められるということです。

まず「病院理念」とは、「全職員が共有する共通の価値観」であり、「自院の存在意義」「経営の姿勢」「行動規範」といったものが盛り込まれます。

これに対し「経営ビジョン」とは、自院の「将来のありたい姿」を目標到達レベルと時間軸によって設定するものです。つまり、ビジョンは現状の延長ではなく、病院理念をベースとした質的かつ量的な到達点を示しています。

例えば、開設 20 年、一般・回復期リハ・介護のケアミックスの病棟を持つ内科系病院（病床合計 160 床）のケースでは、その理念として、以下の内容を掲げています。

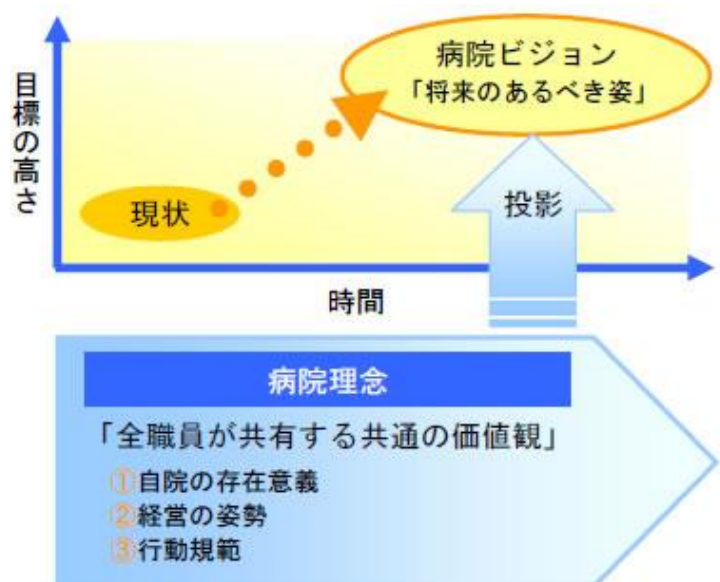
- ①医療・介護サービスを通じて、地域住民に安心・安全で健康的な生活を提供する
- ②患者様を中心とした組織的な医療・介護サービスを提供する
- ③職員がやりがいを持って仕事のできる組織風土をつくる

さらに、この理念をベースとして、

- ①成人・高齢者を対象に、亜急性期医療と介護療養機能を提供する地域基幹病院としての体制を確立する
- ②国際レベルの医療技術と患者サービスを提供できる経営管理体制、組織体制を整備する

といったビジョンを掲げ、今後病院が進むべき方向を院内外へアピールしていくのです。

■病院理念とビジョン



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構築

経営ビジョン達成型人事制度の構築を検討しています。
 構築の準備とプロセスについて教えてください。

■人事制度構築前の準備

経営ビジョン達成型人事制度を策定するポイントの一つとしては、策定前に十分な準備を行うことがあげられます。

経営ビジョンや戦略を練り、職員に示すことと、経営の健全化を図るために財務指標を用いて、分析や情報公開を進めます。これにより職員との共通認識を持った上で、人事施策・方針を固めることが重要です。

■経営ビジョン・経営戦略の明確化

人事制度はビジョンを達成することを主な目的として策定します。従って、ビジョンを明確にし、人事制度に何を求めるのかを検討する必要があります。

■人事制度構築前の準備は重要

人事制度策定準備の最終段階は、これから策定に入るための施策や方針を打ち出すことです。日本の多くの企業では、終身雇用等の雇用慣行や人事制度を大きく様変わりさせているのは周知の事実です。病院についても同様であり、今までの雇用慣行や人事制度を守ることは非常に困難です。この現状を踏まえ、将来を見据えて、人事制度をどのような方向で改革していくべきかを院内で十分議論する必要があります。

[経営ビジョン達成型人事制度の施策・方針の例]

- ・ 人事制度を通じて、職員一人ひとりが経営に参加できる体制を作る
- ・ 人事制度は、オープンで透明性のあるものにする
- ・ 役割と肩書を結びつけ、責任の明確化を図る
- ・ 利益創出者をコア人材として位置付け、教育、処遇を実施する
- ・ 病院ビジョンや職員のあるべき姿を明示し、指導・遂行できる組織を作る
- ・ 最高の医療サービスを提供し続けるために、能力開発を計画的に実施する
- ・ 経営計画に基づき、総額人件費予算が組み立てられている
- ・ 総額人件費を労働分配率 55%以内に収める
- ・ 病院業績と総額人件費を連動させ、コントロールできている