

医療情報
ヘッドライン

第7次医療計画で災害時のメンタルケア強化 災害拠点精神科病院の整備を進める

▶厚生労働省

来年度、24種の疾病を指定難病に追加 先天異常症候群などに医療費を助成

▶厚生労働省

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28年4～5月)

経営情報
レポート

問題職員・労務トラブルの増加に対応
職場の規律作りとルールブック活用法

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
経営ビジョン達成型人事制度の導入
職員のモチベーションを高める方法

第7次医療計画で災害時のメンタルケア強化 災害拠点精神科病院の整備を進める

厚生労働省

12月7日、厚生労働省の「医療計画の見直し等に関する検討会」が開かれ、2018年度からの第7次医療計画に向けて、見直し案が取りまとめられた。その中で、災害時の医療提供体制について、「災害拠点精神科病院（仮称）」を設置するなど、精神科の整備を進めていくことを確認し、災害派遣精神医療チーム（DPAT）と連携して、PTSDを始めとする精神疾患発症の予防支援を強化していく方針だとしている。

■精神科の災害医療体制を整備

今回の医療計画見直し案で、災害時の対応強化に焦点が当てられたのは、今年4月14日に行った熊本地震の影響が大きい。とりわけ、精神科病院が被災して患者の受け入れが困難になったことを重く受け止め、今回の見直し案では精神科の災害医療体制を整備していくことに言及している。

中でも注目したいのは、仮称ながら「災害拠点精神科病院」との文言が盛り込まれた点である。建物が耐震耐火構造で自家発電機も備え、近接地にヘリポートが確保できるなどの条件をクリアした「災害拠点病院」は、二次医療圏ごとに1カ所以上整備されているため、「災害拠点精神科病院」もまずは都道府県に1カ所ずつの整備を求めていく方針であることが想定される。

また、2011年の東日本大震災で被災者に対するメンタルケアが不十分だったことから生まれた災害派遣精神医療チーム（DPAT）も、見直し案に盛り込まれた。「災害拠点精神科病院」との連携も視野に入れている。



■DPATは精神疾患だけでなく、被災者の「こころのケア」も行う医療専門チーム

DPATは、災害発生から72時間以内に先遣隊を派遣し、精神疾患だけでなく被災者の「こころのケア」も行う医療専門チームで、精神科医と看護師を中心に、必要に応じて児童精神科医や精神保健福祉士、臨床心理技術者、保健師、薬剤師も加えて構成されている。

同検討会の11月24日の会合では、日本精神科病院協会理事の櫻木章司氏が、「DPATと災害拠点精神科病院は一体のものと考えている」と発言し、DPATが被災者を災害拠点精神科病院へ移して、症状の安定化を図りたいとした。地震などの大規模災害後、やや時間が経ってから発症することの多いPTSDの予防は、大きな課題となっているため、医療体制を整えるのは急務だといえる。災害拠点病院の整備はもちろんだが、各医療機関としても、DPAT研修へ積極的に参加することで知見を深め、いつ訪れるかわからない大災害に備えておくことは社会貢献的な意味合いで非常に意義深いものである。

来年度、24種の疾病を指定難病に追加 先天異常症候群などに医療費を助成

厚生労働省

12月12日、厚生科学審議会の疾病対策部会指定難病検討委員会が開かれ、医療費の助成が行われる指定難病に、24種の疾病が新たに追加される方針を決めた。

来年1月の疾病対策部会で了承を得たのち、3月中に指定難病の告知を終え、4月から医療費助成を開始する。

■合計330種の疾病を難病に指定

同検討委員会では、難病を「発病の機構が明らかでなく」「治療方法が確立せず」「希少な疾病で」「長期の療養を必要とする」ものと定義した。そのうち、患者数が人口の0.1%未満で、診断基準が確立しているものだけが、指定難病の対象となる。

今まで、306種の疾病が指定難病となっていたが、指定難病検討委員会では、関係学会などに情報提供を求め、指定難病の要件に適合すると思われる222種の疾病を検討、既存の指定難病に含まれるかどうかなどを審査し、眼球の前面にある円盤状の膜、虹彩の異常で失明することもある「無虹彩症」や「先天異常症候群」、「カナバン病」、「進行性白質脳症」、「進行性ミオクローヌスてんかん」など新たに24の疾病を追加する方針を固めた。合計で330種の疾病が、指定難病とされることとなる。

厚生労働省が発表している衛生行政報告例によると、2015年末の時点で指定難病にかかっていて医療費助成を受けている患者は、のべ約94万人にのぼる。しかし、潰瘍性大腸炎やパーキンソン病のようなよく知られた疾病は10万人以上が医療費助成を受けているのに対

し、1人も助成を受けていない疾病もあり、300種以上のすべてが指定難病として認知されているかは疑問符がつく。厚生労働省では、ホームページでの発信などを通じて広報に努めてはいるが、「かかりつけ医」である医療機関も指定難病についての理解を深め、患者に対する周知への努力も求められる。

2017年4月から指定難病となる24の疾病（参考）

- カナバン病
- 進行性白質脳症
- 進行性ミオクローヌスてんかん
- 先天異常症候群
- 先天性三尖弁狭窄症
- 先天性僧帽弁狭窄症
- 先天性肺静脈狭窄症
- 左肺動脈右肺動脈起始症
- 爪膝蓋骨症候群（ネイルパテラ症候群）／LMX1B関連腎症
- カルニチン回路異常症
- 三頭酵素欠損症
- シトリン欠損症
- セピアブテリン還元酵素（SR）欠損症
- 先天性グルコシルホスファチジルイノシトール（GPI）欠損症 ※先天性GPI欠損症から名称変更
- 非ケトーシス型高グリシン血症
- β-ケトチオラーゼ欠損症
- 芳香族Lアミノ酸脱炭酸酵素欠損症
※芳香族アミノ酸脱炭酸酵素（AADC）欠損症から名称変更
- メチルグルタコン酸尿症
- 遺伝性自己炎症疾患
- 大理石骨病
- 特発性血栓症（遺伝性血栓素因）
- 前眼部形成異常
- 無虹彩症
- 先天性気管狭窄症

最近の医療費の動向

/概算医療費(平成28年4~5月)

厚生労働省 2016年11月17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			国民健康 保険	(再掲) 未就学者	75歳以上		
				本 人	家 族					
平成 24 年度	38.4	22.8	11.1	5.6	5.0	11.6	1.5	13.7	2.0	
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 4~3月	41.5	24.2	12.2	6.4	5.2	12.0	1.5	15.2	2.1	
4~9月	20.3	11.8	5.9	3.1	2.5	5.9	0.7	7.4	1.0	
10~3月	21.2	12.4	6.3	3.3	2.7	6.1	0.8	7.7	1.1	
平成 28 年度 4~5月	6.7	3.9	2.0	1.0	0.8	1.9	0.2	2.5	0.3	
4月	3.4	2.0	1.0	0.5	0.4	1.0	0.1	1.3	0.2	
5月	3.3	1.9	1.0	0.5	0.4	1.0	0.1	1.2	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 十歯科 食事等
平成 24 年度		38.4	30.8	14.8	13.4	2.7	6.6	0.8	0.10	15.6	20.0	2.7
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 4~3 月		41.5	32.6	15.6	14.2	2.8	7.9	0.8	0.16	16.4	22.1	2.8
4~9 月		20.3	16.0	7.7	7.0	1.4	3.7	0.4	0.08	8.1	10.7	1.4
10~3 月		21.2	16.6	7.9	7.3	1.4	4.1	0.4	0.08	8.3	11.4	1.4
平成 28 年度 4~5 月		6.7	5.3	2.5	2.3	0.5	1.2	0.1	0.03	2.7	3.6	0.5
4 月		3.4	2.7	1.3	1.2	0.2	0.6	0.1	0.01	1.3	1.8	0.2
5 月		3.3	2.7	1.3	1.2	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。

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 診療所	歯科計			保険 薬局	訪問 看護 ステー ション			
		医科病院						歯科 病院	歯科 診療 所						
			大学 病院	公的病 院	法人 病院	個人 病院									
平成 24 年度	1.7	1.8	2.4	4.1	2.6	2.0	▲ 5.9	0.3	1.4	5.3	1.2	1.3 19.0			
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 4~3 月	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			
4~9 月	2.7	1.7	2.0	2.5	2.0	2.0	▲ 7.2	1.0	0.8	0.8	0.7	7.2 16.2			
10~3 月	4.9	3.4	3.9	5.9	4.5	3.1	▲ 6.5	2.4	2.0	3.3	1.9	11.4 18.3			
平成 28 年度 4~5 月	0.9	1.1	1.5	4.2	1.7	1.0	▲ 9.5	▲ 0.1	2.1	4.5	1.9	▲ 0.5 17.5			
4 月	0.1	0.1	0.2	2.2	▲ 0.1	0.1	▲ 9.6	▲ 0.1	1.3	1.0	1.3	▲ 0.8 14.9			
5 月	1.8	2.1	2.9	6.3	3.6	1.9	▲ 9.4	▲ 0.1	2.9	8.3	2.7	▲ 0.2 20.1			

注 1. 医科病院の種類について、「大学病院」は医療機関をいう。「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 24 年度		0.3	▲ 0.1	▲ 4.5	▲ 3.0	1.8	0.1	1.0	3.8	2.2	0.8
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4~3月		1.7	1.6	2.6	▲ 1.1	1.6	2.5	0.4	3.4	1.7	2.0
	4~9月	1.0	1.2	2.2	▲ 2.2	▲ 0.0	1.3	▲ 0.2	2.9	0.5	1.5
	10~3月	2.4	2.0	2.9	▲ 0.0	3.2	3.9	1.0	3.9	2.8	2.5
平成 28 年度4~5月		▲ 0.1	▲ 0.5	2.2	▲ 2.9	0.7	1.0	▲ 1.8	1.8	0.8	▲ 0.4
	4月	▲ 0.1	▲ 0.3	1.5	▲ 2.9	0.4	1.2	▲ 2.4	1.1	1.4	▲ 0.4
	5月	▲ 0.1	▲ 0.6	2.9	▲ 2.9	1.0	0.8	▲ 1.1	2.5	0.1	▲ 0.5

(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 24 年度		3.1	5.0	3.5	2.3	2.8	▲ 1.0
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4~3月		2.6	2.8	2.8	2.3	1.1	▲ 2.8
	4~9月	2.2	2.0	2.2	2.1	0.8	▲ 2.8
	10~3月	2.9	3.5	3.3	2.5	1.5	▲ 2.8
平成 28 年度4~5月		1.3	2.8	1.7	0.7	0.1	▲ 4.1
	4月	0.1	0.5	0.4	▲ 0.1	▲ 0.3	▲ 6.1
	5月	2.4	5.1	2.9	1.6	0.5	▲ 2.1

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。

最近の医療費の動向/概算医療費(平成28年4~5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。



問題職員・労務トラブルの増加に対応

職場の規律作りと ルールブック活用法

- 1.職場規律の実態を把握するポイント
- 2.職場規律を守るための就業規則整備
- 3.職場ルールブックの作成で労務トラブル防止



1 医業経営情報レポート

職場規律の実態を把握するポイント

■ 昨今の職場規律の実態

(1) 最近の労務トラブルの傾向

労務トラブルは、相変わらず増加の一途を辿っている一方で、徐々にその質が変わってきています。かつて労務トラブルといえば、事業主からの一方的な解雇や労働条件の不利益変更によるものが中心でしたが、最近では問題行動を起こす職員をめぐって生じるものも増えてきています。

一部の職員の問題行動により職場の規律が乱され、それが組織風土の悪化につながっているという状況は増加しています。しかし、職場規律の乱れに関しては、その問題職員だけを指導してもなかなか問題解決に至らないというのが実態です。

(2) 職場規律の実態

ここ数年は、問題職員の発生などにみられるように、多くの医療機関で職場規律の低下が深刻な問題となりつつあります。

■ 職場規律が乱れる要因と影響

(1) 職場規律が乱れる要因

職場規律に乱れが生じる理由としては、職員側、あるいは医療機関・管理職側のそれぞれに要因がありますが、いずれかひとつが職場規律の乱れを引き起こすのではなく、複数の要因が複合的に重なり合って、職場の規律を乱しているととらえるべきです。

職場規律の乱れは、基本的には職員側の問題ですが、同時に医療機関や管理職側の対応にも問題があるために生じていることがほとんどです。

若い職員と話が合わないと言う管理職は多く、文化や価値観・考え方などの相違(いわゆるジェネレーションギャップ)を認識している一方で、職場規律については、逐一教えなくてもわかるはずだと考える傾向にあります。また、新入職員教育で、職場のルールを十分に指導している医療機関も全てではありません。本来、医療機関によって職場規律に関するルールやその基準が違うため、自院内で具体的に教育する必要がありますが、それを怠っているために両者の認識のギャップは埋まらず、問題が解消されないのです。

加えて、最近は非正規雇用の職員が急増し、就労形態が複雑化することによって、多様な価値観を持った職員が職場に増えてきています。そのため、職場の規律に関する認識のギャップは、さらに拡大しているのです。

◆職員側の要因

- 職員の意識に甘えがあり、わがままな行動が見られる
- 自らの言動には何ら問題な点はないと思っている、もしくは問題であるという指摘を受けたことがない
- 社会人としての一般的なルールやマナーに関する教育や訓練を受けていない
- 多少は問題だとわかっていても、自分がやっている程度なら許されると思っている
- 周囲の同僚にも問題行動をとっている者がいるので、自分も同じような行動をして構わないと考えている
- そもそも職場のルールやマナーそのものを知らない、理解していない

◆医療機関・管理職側の要因

- ルール違反があっても、管理職が注意や指導をしていない
- 管理職が注意できない、もしくはどのように注意指導すればよいかわからない
- 職員の管理を現場の管理職に任せっぱなしにしており、悪い情報が医療機関側になかなか入ってこない
- 管理職が部下に対して注意や指導を行うときに、医療機関のフォローやバックアップがない
- 職場のルールや服務心得は当たり前のことであり、わざわざ教える必要がないと考えている
- ルール違反が繰り返されても、医療機関として制裁処分をしていない、放置している
- 職員の就業意識の変化や就業形態の多様化に対応できていない
- 職員として守るべきルールや基準を医療機関が示していない

残念ながら、「規律の問題は業務遂行上大したことではない、なんとかなるだろう」と考えている管理職は少なくありません。

そして、こうした上司は、職員にちょっとしたルール違反が見られたとしても、そのうち本人は気づくだろうと考え、都度注意指導を行うことはありません。

周囲の職員は、管理職の対応の仕方や立居振舞いを非常によく観察しています。同じ程度のルール違反であれば許されるということを知ってしまうと、ルールが機能しなくなり、次第に範が緩んできます。

また、職員が明らかなルール違反を起こした際、周囲の同僚からの注意や働きかけなどによる問題行動の改善を期待する管理職もいます。

しかし、職員間の自浄作用により職場規律が改善できるのは、成熟した組織に限られるため、多くの職場ではこのような仕組みはなかなか機能しません。

同僚に対して注意をすることは非常に勇気が必要であり、もし意見の食い違いがあれば争いの発生や人間関係にまで影響を及ぼすことも懸念されるからです。

したがって、職場規律の維持・向上は、管理職が職制を利用して図るべきなのですが、実際に管理職側の意識が相当低いケースも見受けられます。

職場規律を守るための就業規則整備

■ 職場規律における就業規則の役割

就業規則とは、働く職員の労働条件や守るべき服務規律などを具体的に定めた規則です。職員数が10人以上となったときに作成し、医療機関の所在地を管轄する労働基準監督署に届け出ることが求められます。10人以下の医療機関では義務付けられてはいませんが、職員数が10人以下の場合も、全職員の力を効率的に発揮させ、職員同士のトラブルを防止するために、守るべき一定のルールである「就業規則」は必要です。

ルールが明確になれば、それを徹底させるためにも、違反した者に対して「制裁」というペナルティを課す必要があります。どのようなペナルティが適用されるのかも就業規則に明記していれば、違反を防止する効果にもなります。

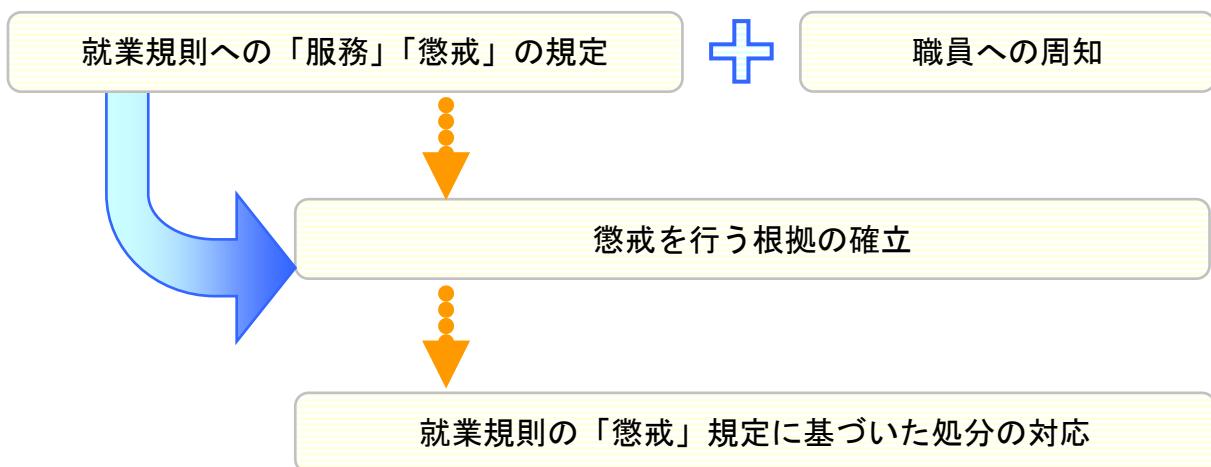
■ 規律を乱す職員に懲戒処分を実施する際の留意点

(1)「服務」「懲戒」規程の役割と必要性

医療機関において、服務として守るべき事項を守らず、院内秩序を乱したときには懲戒処分が行われるケースがあります。ただし、権限があるからといって、職員の問題行動について制限なく懲戒を行ってよいというものではありません。

仮に、医療機関が懲戒処分をむやみに行ったとしても、手続の不備があったり、処分に妥当性がなかったりする場合には、トラブルや紛争に発展する可能性があります。そのため、懲戒を行うにあたって必要な前提条件や適正手順を押さえておくことが重要です。

◆就業規則の定めに基づく懲戒処分



3

3 職場ルールブックの作成で労務トラブル防止

■ 職場ルールブックの意義と作成上の留意点

(1) 職場ルールブック作成の意義

職場ルールブックを作成することは、職場規律を守るために非常に有効です。職場ルールブックとは、一般には就業規則上の服務心得を中心として職員が守るべき事項等をわかりやすい言葉で表現したものです。したがって、表現の違いこそあれ、就業規則と職場のルールブックとは整合性が取れており、お互いを補完する関係でなければなりません。

ただし、就業規則に規定されていても、職場のルールブックには記載されていない事項が存在するケースがある場合、職場のルールブックに書かれていることは、表現方法は異なったとしても、就業規則には必ず規定されている必要がありますので注意が必要です。

すなわち、「職場のルールブック < 就業規則」ということです。

(2) 作成時の留意事項

職場のルールブック作成時には、以下のような点に配慮するようにします。

このほか、一般的な基準からかけ離れた条件の設定も問題となります。地域や同規模の医療機関における労働条件を踏まえ、さらに裁判例などを参考としたうえで、ルールの設定をしなければいけません。

◆ 職場ルールブックの作成に際しての留意点

- ①ルールの数は欲張らない
- ②問題職員を特定できないようにする
- ③適法なものにする

(3) 職場ルールブックの院内周知と定期的見直し

職場ルールブックを上手に活用していくためには、管理職と職員双方への周知が不可欠です。周知の際には、次のような方法が有効です。

- ①管理職への周知徹底：ルールの内容や基準を理解させるための研修会の実施
- ②職員への周知・教育：職員にルールブックを配付し研修会や勉強会を開催

また、定期的にチェックを行い、課題の抽出と対応を行います。内容のマンネリ化を防ぐためには、1～2年ごとに内容を見直し、改定するようにするとよいでしょう。

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。

経営ビジョン達成型 人事制度の導入

職員のモチベーションが低いことが気になります。
経営改善の一環として、人事制度を改定したいのですが、留意点を教えて下さい。

「人」が変われば病院は変わります。

病院が取り組むべき経営改善は、すべて人が行います。それも個人の裁量、能力で行えるものは限られており、そのほとんどは「組織」で取り組むべきものです。

■職員のモチベーションを高める人事制度の構築

これまで漫然と経営してきた病院も、今後は自院の向かうべき方向性、取り組むべき課題を明確にし、実行する仕組みをつくる、いわば「病院理念」「経営戦略」「経営計画」の策定・作成が不可欠となります。

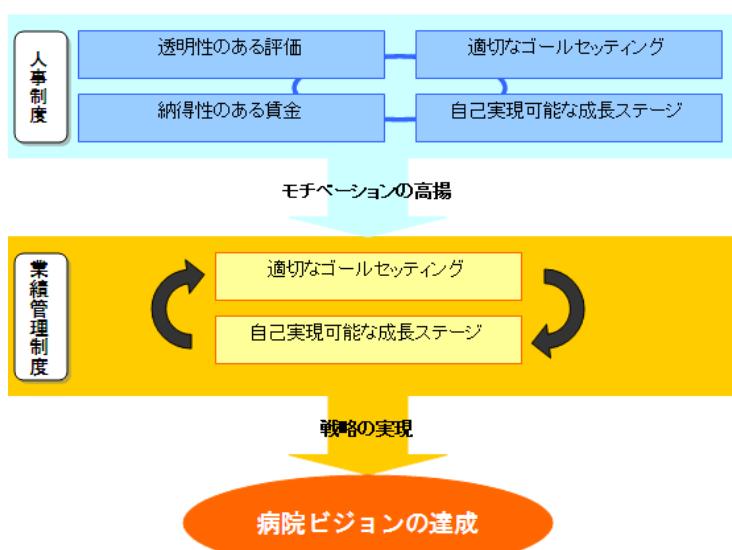
病院の戦略と計画がうまく運用されるためには、職員のモチベーションを高めることが重要です。どんなに素晴らしい理念を掲げ、戦略を立て、計画を示したとしても、それを遂行するべき「人」が動かなければ絵に描いた餅になってしまいます。職員が戦略を理解し、計画を遂行しようとする意欲を持たせるだけの動機付けが必要です。

では、何が職員のモチベーションを高めるのでしょうか。最も有効と思われる手段は、人事制度の構築です。下図に示すように、個人が業務に対してモチベーションを高める主要な4つの要因は、全て人事制度によってコントロールされるものです。

自院の職員構成に見合う人事制度を構築することで、職員個人の持つ能力は最大限に引き出されます。モチベートされた職員は、計画に沿った業務の完遂という形で個人の目標が達成されると同時に、組織の目標である戦略の達成、ひいてはビジョンの実現を可能にするのです。

人事制度とは、病院が「るべき姿」に近づくために立案された経営ビジョン達成に向けて、るべき職員の役割、資質を明確にし、組織を強化させるための仕組みです。

つまり、経営ビジョン実現のための基本条件として、人事制度の整備を急ぐ必要があります。



職員のモチベーションを高める方法

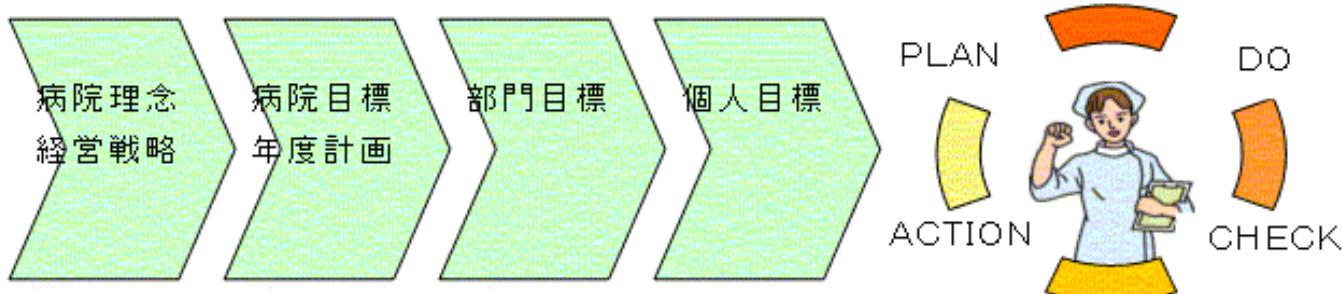
経営ビジョン達成型人事制度では、どのようにして職員のモチベーションを高めればいいのですか。

自主的取り組みを促すために、目標管理制度を導入します。

各階層で設定された目標が達成されて、初めて病院全体の経営ビジョンが達成されます。そのプロセスは、目標の立案、遂行、遂行状況の確認と課題抽出、課題に対する対策立案と実施、というPDCAサイクルによって段階的に達成されるものです。

病院から個人に対しては、部門目標の達成の手段として、患者満足度の向上、提供する医療の質向上、業績の向上といったニーズがあげられます。

一方個々の職員は、業務の遂行を通じて自分の仕事に対するやりがいの追求、キャリアの開発、待遇の向上、といったニーズがあります。



これらのニーズを満たしつつ、病院が求める能力と自分の保有能力とのギャップを認識し、日々の業務を遂行していく過程でその差異を縮めていくこと、その成長過程を評価されることがモチベーションの向上につながります。経営ビジョン達成型人事制度においては、目標管理制度によりこの仕組みを確立し、職員自らが能力向上に取り組む組織風土を作ることが可能となります。

- ＜病院からのニーズ＞
- ・病院戦略の達成
 - ・患者満足度の向上
 - ・医療の質の向上
 - ・業績の向上
 - ・組織の活性化

目標
管理

- ＜職員からのニーズ＞
- ・やりがいの追求
 - ・キャリア開発
 - ・自主性の尊重
 - ・待遇の向上
 - ・自己実現