

医療情報
ヘッドライン

世界基準のスモークフリー社会実現に向け、 受動喫煙防止対策の例外は認めない方針

▶厚生労働省

がん免疫療法の新薬「キイトルーダ」発売 2つの新薬に最適使用推進ガイドラインを策定

▶MSD 株式会社

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6～7月）

経営情報
レポート

組織的な取組みで無駄を排除！
診療所コスト削減実践法

経営
データ
ベース

ジャンル：人材・人事制度 サブジャンル：人事評価
面接制度運用のポイント
目標面接の進め方

本誌掲載記事の無断転載を禁じます。

医療情報
ヘッドライン
①

世界基準のスモークフリー社会実現に向け、 受動喫煙防止対策の例外は認めない方針

厚生労働省

2月10日、塩崎恭久厚労相は定例大臣会見で受動喫煙防止対策について言及し、自由民主党の厚生労働部会で「一部例外」の範囲拡大を求める意見が上がったことに対し、否定的な意見を表明した。

世界基準のスモークフリー社会を実現できる法案を今通常国会に提出したいとした。

■東京オリンピック・パラリンピックは、「たばこのないオリンピック」を目指す

受動喫煙防止対策は、2020年に開催される東京オリンピック・パラリンピックを見据えて議論が進められてきた。

国際オリンピック委員会（IOC）と世界保健機関（WHO）が「たばこのないオリンピック」の開催を推し進めていることもあり、近年の開催国・開催都市ではすべて罰則付きの受動喫煙防止対策が講じられている。

昨年10月に厚生労働省が発表した受動喫煙防止対策案では、主な公共施設や医療機関、

学校、飲食店などを対象に、施設の種類によって「敷地内禁煙」「建物内禁煙」「分煙」と義務付けのレベルを変える内容が盛り込まれ、医療機関は、この中でもっとも厳しい「敷地内禁煙」の対象となっている。

建物内・外を問わず喫煙をすることができず、喫煙室の設置も認められない。

■飲食店を中心に反対意見が続出するも、厚労相は世界基準の法案を提出したい意向

こうした方針に対し、飲食店を中心に反対意見が続出した。

延べ床面積が30平方メートル以下の小規模なバー等飲食店を対象に一部例外を認める方針を固めたとの報道もあり、自由民主党の厚生労働部会では、さらに範囲拡大を求める声も挙がっていた。

しかし、塩崎厚労相は「昨今の報道でいくつかありましたが、そのような案を固めた事実はありません」と明言し、そのうえで、東京オリンピック・パラリンピックはもちろん、その前年にラグビーワールドカップの開催や、インバウンドを2,000万人から4,000万人へと増やす倍増計画が進行していることを挙げ、「日本がどのように見えるかということもある」として世界基準の法案を提出したい意向を示した。

今通常国会でどのような法案が提出され、可決に至るのか引き続き目が離せない状況となっている。



がん免疫療法の新薬「キイトルーダ」発売 2つの新薬に最適使用推進ガイドラインを策定

MSD 株式会社

2月15日、MSD 株式会社は新薬「キイトルーダ」の発売を発表した。1日に薬価が半額に引き下げられた「オブジーボ」（小野薬品工業）の競合薬として薬価が注目されていたが、8日の中央社会保険医療協議会でオブジーボと同額となる1日3万9099円に決定した。厚生労働省は、この2つの新薬に関して「最適使用推進ガイドライン」を策定し、14日に通知しており、次世代のがん医療として注目されているがん免疫療法が、新たな局面を迎えたと言えそうだ。

■様々ながん等を対象に後期臨床試験も進行

「キイトルーダ」は、免疫チェックポイント阻害薬として、アメリカを含む50カ国以上で承認を取得している。日本では、根治切除不能な悪性黒色腫（メラノーマ）および、切除不能な進行・再発の非小細胞肺がんの効能・効果で承認を取得し、2015年10月には切除不能な進行・再発の胃がんに対する効能・効果について、厚生労働省の「先駆け審査指定制度」が施行されてから初となる対象品目の一つに指定されている。

そのほかにも、膀胱がん、乳がん、胃がん、頭頸部がん、肝がん、多発性骨髄腫、食道がん、腎細胞がん、大腸がん、卵巣がん、前立腺がんなどを対象とした後期臨床試験も進行中であり、昨年12月には、再発もしくは難治性の古典的ホジキンリンパ腫に対する効能・効果について、製造販売承認事項一部変

更承認申請も実施していることから、今後はメラノーマや肺がん以外の難治性の症状に対して追加承認が行われる可能性も高い。

■「最適使用推進ガイドライン」には、医療機関や医師の要件などを明記

そうした状況を踏まえると、14日に厚労省が通知した、メラノーマと非小細胞肺がんを対象とする「最適使用推進ガイドライン」は、今後承認範囲が広がったときに策定されるガイドラインの基準となるため、これが持つ意味は大きなものとなるといえる

ガイドラインに明記されているのは、「キイトルーダ」および「オブジーボ」が使用できる医療機関や医師の要件などで、がん診療連携拠点病院、特定機能病院、がん診療連携病院を中心に、外来化学療法室を設置している医療機関も該当するとしている。

副作用に対応できるよう、24時間診療体制のもとで入院管理およびCTなどによる検査結果が当日得られることが要件となっており、充実した設備と体制が整っていることが条件となる。

また、医師の要件としては、メラノーマや非小細胞肺がんの薬物療法経験が2年以上あることが挙げられており、医薬品の情報管理体制が整備されていることも要件としている。

今後、がんに限らず免疫療法は発展期を迎えることが予想されるため、医療機関としてはガイドラインをつぶさにチェックしておく必要があるだろう。

最近の医療費の動向

/ 概算医療費(平成28年6～7月)

厚生労働省 2016年 12月28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 4～7 月		13.6	7.9	4.0	2.1	1.7	3.9	0.5	5.0	0.7	
	6 月	3.5	2.0	1.0	0.5	0.4	1.0	0.1	1.3	0.2	
	7 月	3.4	2.0	1.0	0.5	0.4	1.0	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。

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 +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 4～7月	13.6	10.8	5.2	4.7	1.0	2.5	0.3	0.06	5.4	7.2	1.0
6月	3.5	2.8	1.3	1.2	0.3	0.6	0.1	0.02	1.4	1.8	0.3
7月	3.4	2.7	1.3	1.2	0.2	0.6	0.1	0.02	1.4	1.8	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 4～7月	0.2	0.5	1.2	3.7	1.1	0.8	▲9.8	▲1.0	1.0	3.5	0.9	▲1.8	16.0
6月	0.3	0.7	1.8	4.0	1.9	1.4	▲9.5	▲1.9	▲0.0	6.6	▲0.4	▲1.8	16.0
7月	▲1.2	▲0.7	▲0.2	2.3	▲0.7	▲0.3	▲10.6	▲1.9	0.0	▲1.2	0.1	▲4.1	13.2

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、医療機関を除く）。

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4～7月	▲ 1.0	▲ 1.3	0.7	▲ 3.6	▲ 0.2	▲ 0.0	▲ 1.6	0.3	▲ 0.9	▲ 1.3
6月	▲ 1.9	▲ 1.9	▲ 3.0	▲ 4.4	▲ 1.2	▲ 0.6	▲ 1.2	▲ 0.7	▲ 5.0	▲ 1.8
7月	▲ 1.9	▲ 2.4	1.6	▲ 3.9	▲ 0.9	▲ 1.2	▲ 1.7	▲ 1.5	▲ 0.2	▲ 2.5

(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4～7月	1.2	2.3	1.5	0.7	0.2	▲ 3.7
6月	1.7	1.9	2.1	1.2	0.9	▲ 1.6
7月	0.7	2.0	0.7	0.2	▲ 0.1	▲ 5.1

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6～7月）の全文は、
当事務所のホームページの「医療経営 TOPICS」よりご確認ください。



組織的な取り組みで無駄を排除！ 診療所コスト削減 実践法

1. コスト削減の鉄則と職員意識改革
2. 使用量把握・委託先見直しによる変動費削減
3. 業務・支給方法・手当の見直して人件費圧縮
4. 省エネ・支出管理による固定費削減



■参考文献

『みるみるく利益>が増えていく！経費節減徹底マニュアル』すばる舎リンケージ
『今すぐ使える、効果が出る！「病院の業務」まるまる改善』日本医療企画

1

医療経営情報レポート

コスト削減の鉄則と職員意識改革

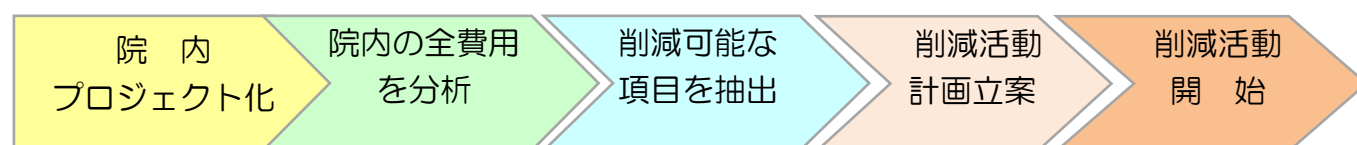
■ コスト削減のための4つの鉄則

コスト削減に取り組む上で徹底しなければならない鉄則は、以下の4つです。

- ①コスト削減に関する方針を示す
- ②リーダー職が率先してコスト削減を徹底する
- ③職員に当事者意識を持たせる
- ④何事もまずお金をかけない方法を考える

院長が、コスト削減に関する明確な方針を示すことが重要です。それは、コスト削減を推進する際に、状況によっては、賃金制度の見直しや、取引先の変更や取引停止のように、経営者でなければ決定を下すことができない項目にも目を向ける必要があるからです。

■ 全体フロー



■ 固定費の変動費化と細かい削減へのこだわり

コストには、売上の増減や患者数にかかわらず一定額が発生する固定費と、売上や患者数に連動して変動する変動費という2種類があります。

このうち、固定費の構成比率が高いと、収入が減少した場合には、赤字に転落しやすくなります。つまり、変動費の構成比率を高めるようにすることが、利益を確保するポイントです。

■ 固定費を変動費化する主な項目

- ◆賞与を業績連動にする
- ◆パート・アルバイトの活用
- ◆アウトソーシングの活用

■ コスト管理体制の構築と意識改革

コスト削減などの業務改善に着手すると、最初のうちは全員が意識して取り組むため、ある程度の成果が得られます。しかし、少し改善できたからといって、監視の目を緩めてしまえば、いつの間にか元に戻っていることもあります。場合によっては、以前より悪化してしまうことも少なくありません。

リーダー職は、決して監視の目を緩めることなく、常に改善しようという意識を持ち続けることが重要になってきます。

2

医療経営情報レポート

使用量把握・委託先見直しによる変動費削減

■ 変動費削減マネジメントの基本

月次損益計算書などは、費用科目を元帳からエクセルシート等へ落とし込み、月次展開できるようにします。これにより、本来固定費と考えていたものが、想定外の変動を示し、特定の月に極端な増加がみられるような勘定科目がひと目で確認できます。

■ 医療材料費削減の組み立て

医療材料費は医療機関の規模や機能、役割によって大きな差があるため、標榜科診療目などに応じて削減への取組みを進める必要があります。

① 単価×量の分解とロス構造の把握

物の費用の削減において重要なのは、「単価×量」の分解と「ロス構造」の把握です。単価と量を分解することにより、購入の仕方と使い方の見直しが改善の方向性となるうえ、ロスの構造を把握することで、どこでどのような無駄が発生しているかを明らかにすることができます。

② 単価とロスの削減ポイント

- 1回あたりの購入量を増加させることによる単価の引き下げ
- 無駄な使用を防止するための教育、指導の実施
- 部門ごとに消費量の実績を掲示し、過剰使用防止への啓発
- 複数の施設がある場合、法人全体で一括購入・管理し、各施設へ必要な量だけ供給する仕組みに変更

■ 検査委託費関連項目削減のアプローチ

◆ Aクリニック（整形外科）の事例と見直し効果

Aクリニックでは、検査業務を委託していたB検査センター（月額委託料は平均で504千円）からC検査センターに切替えた場合、下記のような見積もりとなりました。

■ C検査センター検査実施料

期 間	検査委託費
契約から3年間	実施価格の5%
4年目以降5年目まで	実施価格の半額
5年目以降	実施価格の85%

最初の3年間は現在の委託料の5%で、3年間合計では907.2千円となり、約17,237千円の削減効果が得られます。

ただし、委託先変更によりオーダーの流れが変わってしまうケースがあるため、院内全体のコンセンサスを得る必要があります。

3

医業経営情報レポート

業務・支給方法・手当の見直しで人件費圧縮

■ 業務見直しによる時間外削減

多くの診療所では、最低限の人員数で業務を行っており、レセプト提出前などの繁忙期には一定の残業や休日出勤が必要になるのが一般的ですが、それが恒常的になっているようであれば、人件費増加や人材の疲弊など最悪のリスクを抱えていることになります。

(1) 時間外労働のチェック

① 職員の残業状況を把握する

賃金台帳やタイムカードをチェックし、職員全体の時間外労働の現状を把握します。

② 時間外労働が特に多い職員がいる場合

残業や休日出勤が特定の個人に集中する傾向があると捉え、業務内容の調査が必要です。

(2) 時間外労働見直しポイント

特定の職員に時間外労働が多いのであれば、個人の業務効率が低い、又は他の職員との業務バランスに原因があることが推測されるため、個別の研修や教育による能力アップや、特定の職員に負担が集中したりしないように、業務フローや職務の割り振りの見直しが必要です。

■ 給与の見直しによる人件費圧縮

毎月納付する社会保険料は、原則として4～6月に支給された給与にその後1年間拘束されます。毎月納付する社会保険料を節約するためには、まず「7月1日の算定」と「月変」の仕組みを理解することが重要です。

- ① 標準報酬月額各等級に対する“給与額の幅”に注意
- ② 昇給は7月（以降）の給与で実施
- ③ 精勤手当などの出来高給は奇数月に隔月支給
- ④ 育児休業月変の有効活用

(1) 各種手当見直しによる人件費圧縮

医療機関は、職員の大部分が医療系の有資格者で構成されていることから、一律人件費カットは難しい状況ですが、固定費最大の項目でもあり、人事評価制度の構築などによってメリハリをつけるなど、圧縮に向けた取組みは必要です。

イ) 支給目的が明確でない手当の洗い出し

支給意義のないもの、根拠が不明確な手当を洗い出し検討します。

ロ) 各種手当を廃止する場合の留意ポイント

● 給与規程改定の全職員対象説明会実施 ⇒ ● 労働者代表から意見書の提出を求める ⇒ ● 労働基準監督署へ届出

4

医業経営情報レポート

省エネ・支出管理による固定費削減

■ 省エネ・省資源によるコスト削減

省資源・省エネへの取り組みは、紙・ゴミ・電気の節約など身近な活動ですから、小さな積み重ねが非常に重要になってきます。

対 象	細区分	実施項目
電気使用量の削減	1. 冷暖房装置	(1) 冷暖房の設定温度 (2) 省エネルギー機器の導入
	2. 照明装置	(1) 業務開始10分前からの点灯実施 (2) 廊下、階段等の共有部分の部分点灯 (3) 昼休み全消灯の実施
	3. OA 機器	(1) 昼休み、帰宅時の電源 OFF (2) 省エネルギー機器への更新
	4. その他	(1) 夜間・休日時のエレベータ運転台数の制限 (2) 職員及び来訪者への階段使用の呼びかけ
水使用量の削減	1. 上下水道	(1) 水漏れ点検の実施と対策 (2) 給水の減圧調整の実施 (3) 改修・更新時に節水機器を導入
	2. 下水使用量	(1) トイレの2度流し、歯磨き時の流し放し禁止 (2) 改修・更新時に節水機器を導入
紙使用量の削減	コピー用紙	(1) 印刷物の両面コピーの実施 (2) 不要書類の回収箱の設置 (3) ペーパーレス化（電子・磁気媒体による保管の実施） (4) プロジェクター使用による会議配布書類の廃止

■ 利用制限と支出管理によるコスト削減

固定費の中でも、3K費用といわれる「広告宣伝費」「交通費」「交際費」の削減は、非常に重要です。その利用制限と支出管理をポイントに、役員や医師との関係において、タクシーチケット等の使用や、ゴルフ、飲食といった費用に対して管理をなおざりにしがちであるため、重点対象として管理を徹底します。

■ 3K費用削減のポイント

- 支出の廃止と利用制限
- 費用対効果の検証
- 徹底した監視体制化での支出管理

① 広告宣伝費

現在支払っている広告をすべて抽出し、効果の少ない広告を中止します。

② 旅費交通費

出張旅費等のルールを見直してみると、様々なムダが潜んでいることもあります。

③ 接待交際費

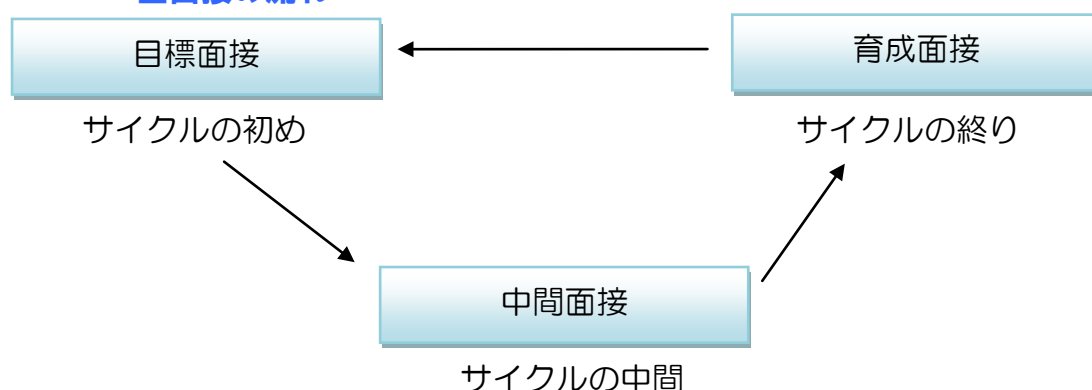
ゴルフコンペ、飲食接待、商品券の贈答、お中元・お歳暮などは最低限の支出に抑えます。

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。

面接制度運用のポイント

人事評価の結果を社員に通知していますが、その後のフォローや能力開発へと展開させるためには、どのような方策が考えられますか。

■面接の流れ



■評価者と被評価者の面接を通じたフォローの実施

人事考課は、面接制度が確立されることにより、初めて有効になります。面接を通じて、人事考課結果のフィードバックやマンツーマンでの指導、部下の考えていること、管理者への要望を理解することにより、管理者が部下育成や、マネジメントについて学ぶ場にもなります。

■面接制度のねらい

組織のニーズにより、ねらいをどこに置くかは様々ですが、一般的には次のような目的があります。

- ・ 部下に仕事に対する権限や責任感を持たせる
- ・ 業務や部署内での目標など情報の共有化
- ・ 啓発の動機づけ
- ・ 仕事や能力に対する期待水準の明確化
- ・ 部下の掌握、意志疎通
- ・ 部下の指導・育成

■面接の種類

面接の種類としては、以下のものが挙げられます。

- ・ 目標面接…病院や部門の目標達成、部下個人の能力開発のための目標設定と期待レベルの明確化を図る。
- ・ 中間面接…業務の進捗状況についての確認とフォローを図る。
- ・ 育成面接…人事考課結果とそのプロセスを振り返り、フィードバックを図る。



目標面接の進め方

職員から目標設定が難しいという声がよく聞かれるため、面接を行って部門管理者と職員との話し合いの場を設けようと考えています。目標面接の進め方を教えてください。

■目標面接とは

目標面接は、病院・部門の今期ビジョン等情報の共有化を図った上で、職員の向こう6ヶ月間（1年間）の目標（職員に対する期待像）を話し合い、確認する場です。また、目標設定を通じて、本人の挑戦と創造への意欲を引き出しながら意識付け、成果責任の明確化を行います。

■目標面接の進め方

目標面接は、通常1年間の個人目標や目標課業について話し合い、確認する場です。従ってこの面接では、部門責任者と部下である職員がどのように話し合い、目標に同意していくのか、というステップが重要です。

目標面接において、部下一人ひとりに対しての具体的個別期待像を共有化します。その期待像に対して、部下は目標を設定することになります。

上司と部下がどのように話し合い、目標を定めていくかの手順が重要です。

手順	ポイント
リレーション作り	部下が何でも話せる雰囲気を作る。部下に関心を持っていることを伝える。また、目標面接の目的を伝える。
部下の目標確認	部下の目標や達成方法、その目標に取り組む理由について確認する。部下の要望や意見を積極的に受け入れる。
管理者としての考えを明確にする	部門目標や方針、そして管理者として、部下に期待することを説明する。本人の役割や等級を考慮した上で、管理者としての考えを説明する。
目標のすり合わせと具体化	部下本人の目標と管理者の期待を近づけ、決定する。 チャレンジを促し、納得させる。 具体性、到達レベル、チャレンジ性を含めた目標設定となっているかチェックする。 ①客観的に評価することができるか。 ②到達するまでの取組と達成時点での結果を明確にする。 ③完了までのスケジュールを確認する。一方的な押しつけはしない。
管理者として協力・指導援助できることを伝える	部下の役割と取り組むべきこと、指導援助者としての管理者の立場を明確にする。 能力開発についての部下本人の意欲を喚起させる。
部下からの要望事項を聴く	評価、目標管理、その他仕事に関して、管理者への要望があれば、具体的に話させる。 部下の要望事項に対しては、本人の意志を尊重する。
クロージング	話し合った内容を職員にまとめさせ、今期の目標を再度確認する。 励ましと期待を述べて、面接を終了する。