週刊WEB
# 医業経営 MAGAZINE
Vol.688 2021. 9. 7

医療情報ヘッドライン

## オンライン診療の恒久化に向け 厚労省の管轄を超えたDXの検討を

▶規制改革推進会議

## 医療従事者の濃厚接触者は 一定の要件化で外出可能に

▶厚生労働省　新型コロナウイルス感染症対策推進本部

週刊 医療情報

2021年9月3日号

## 22年度予算概算要求、8070億円増

経営 TOPICS

統計調査資料

## 病院報告

（令和3年2月分概数）

経営情報レポート

## 職員の健康確保と就業環境改善を図る 勤務間インターバル制度の概要と運用方法

経営データベース

ジャンル：人材・人事制度　＞　サブジャンル：資格基準

## 資格基準の構築 役割・能力基準書の作成

発行：税理士法人KJグループ

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❶

# オンライン診療の恒久化に向け 厚労省の管轄を超えたDXの検討を

**規制改革推進会議**

政府は８月 23 日、規制改革推進会議を開催。新たな議長に夏野剛氏（慶應義塾大学大学院政策・メディア研究科特別招聘教授、KADOKAWA 代表取締役社長）を選任し、来年６月の答申に向けて議論を開始した。

重点分野のひとつとして、現在時限的に初診から実施している「オンライン診療・オンライン服薬指導の恒久化」が挙げられている。

委員からは、その実現に向けて「厚生労働省の管轄を超えた DX の促進が必要」との意見も出た。

## ■重点分野に「オンライン診療の加速」を挙げる

会合の冒頭、河野太郎規制改革担当相は規制改革について「菅内閣の一丁目一番地」とし、「行政の縦割り、既得権益、悪しき前例主義といったものをまとめてなくして便利で豊かな暮らしを実現する、そのための会議」と意気込みを見せた。

菅義偉首相は、ポストコロナに向けた重点的な取り組みのひとつとして「オンライン診療の加速」を挙げ、「思い切った規制改革」を進めることで「民間の大胆な発想とイノベーションを引き出し、力強い成長を生み出していく」と意欲を見せている。

一方で、“笛吹けど踊らず”ではないが、現時点でオンライン診療は普及していると言い難い。そもそもオンライン診療は、2018 年度の診療報酬改定で保険適用されたが、「初診は原則対面」であるほか、対象疾患も糖尿病やてんかん、慢性頭痛など一部の慢性疾患に限定されているため、決して使い勝手のよい仕組みではない。コロナ禍で特例的に初診からのオンライン診療が解禁されている現在でも、実施医療機関数は伸び悩んでおり、厚生労働省が発表した調査結果によれば、今年 ４ 月末時点で 7,156。日本全体の医療機関数は 11 万 898 であるため、その割合はわずか 6.5%にとどまっている。

各都道府県で単なる地域差とはいえないばらつきが生じているのも特徴的で、30%を超えている県もあれば 5%以下の県もあり、それぞれの地域の医師会の方針が影響していると勘ぐりたくなる状況だ。

## ■デジタル推進のためデジタル庁の活用も検討

今回の規制改革推進会議で示された資料に、オンライン診療について「かかりつけ医がいない場合等においても、一定の要件の下初診から実施」と明記されているのは、こうした事情を踏まえてのものだろう。

オンライン服薬指導については、オンライン診療の受診有無にかかわらず「薬剤師の判断により初回からオンライン服薬指導を可能とする」としている（以前から規制改革推進会議では「一気通貫オンライン医療の実現」を掲げており、オンライン診療とオンライン服薬指導は両輪の位置づけ）。

また、これまで医療・介護分野でデジタル推進の必要性が叫ばれつつも一向に普及してこなかった理由について、医療・介護ワーキング・グループの委員も務めている佐藤主光一橋大学経済学研究科教授は、「厚労省の権限の中でデジタル化を促進するのはやはり限界があるのかなという気もする」と発言。

９ 月に新創設されたデジタル庁の活用も含め、縦割りを超えたデジタル変革の必要性を訴えている。

医療情報ヘッドライン②

# 医療従事者の濃厚接触者は一定の要件化で外出可能に

**厚生労働省　新型コロナウイルス感染症対策推進本部**

厚生労働省の新型コロナウイルス感染症対策推進本部は、8 月 18 日に各都道府県衛生主管部に向け「医療従事者である濃厚接触者に対する外出自粛要請への対応について」と題した事務連絡を発出。家庭内感染などによる濃厚接触者となった医療従事者も、医療に従事する場合に限って自宅待機期間内でも外出可能とした。

当初厚労省は「新型コロナ対応に従事する場合」に限定する方針で、8 月 13 日にはいったんその旨を盛り込んだ事務連絡を発出していたが、わずか 5 日で就労要件を大幅に緩和した格好だ。

## ■本来、濃厚接触者は14日間の自宅待機が必要

新型コロナウイルス感染症は、人から人へと感染していく。そのため日本では、個々の患者発生ごとに感染源を推定するとともに、濃厚接触者の行動制限で封じ込めを図ってきた。国立感染症研究所感染症疫学センターによる「新型コロナウイルス感染症患者に対する積極的疫学調査実施要領」によれば、濃厚接触者は 14 日間の自宅待機が必要とし、不要不急の外出をできる限り控え、やむを得ず移動する際にも公共交通機関の利用を避けるべきとしている。

しかし、パンデミックはおさまるどころか拡大の一途をたどっており、9 月 1 日現在で 21 都道府県に緊急事態宣言が発令され、12 県にまん延防止等重点措置がとられている。

東京都をはじめとする首都圏などは、本来入院措置が必要な中等症でも入院受入が不可能な状態に陥っており、自宅療養者も増える一方だ。そこで、医療提供体制を確保するため、「緊急的な対応」として、濃厚接触者となった医療従事者でも、医療に従事する際は自宅待機期間中でも外出可能とした。

こうした緩和策がとられた背景には、日本医師会および全国老人福祉施設協議会、全国老人保健施設協会が、田村憲久厚生労働相あてに就労要件緩和を求める要望書を提出したことが大きい。

濃厚接触者が増加したことで、医療機関や介護施設で人員不足が起きていることを理由に挙げており、それが受け入れられた形だ。

## ■「ワクチン2回接種済み」「毎日業務前に陰性確認」などが要件

なお、「外出可能な医療従事者の濃厚接触者」の要件は、「他の医療従事者による代替が困難であること」、「新型コロナウイルスワクチン 2 回接種済み」、「毎日業務前に核酸検出検査（PCR 検査）または抗原定量検査（やむを得ない場合は抗原定性検査キット）を行い陰性が確認されている無症状者」となっている。

注意したいのは、ワクチン接種済みでも感染リスクがあるのは変わらないことだ。

「ブレークスルー感染」といわれるのがそれだが、そもそもコロナワクチンは重症化防止の効果が期待できるものであり、感染を完全に防ぐものとは言い難い。

それを承知で要件緩和するほど医療提供体制の維持が困難になっていることの表れだが、感染力が桁違いに強いとされるデルタ株が広がっているいま、経過を慎重に見守る必要があるだろう。

ビズアップ週刊 医療情報
2021年9月3日号
[情報提供]MMPG
（メディカル・マネジメント・プランニング・グループ）
メディカルウェーブ

医療情報①
厚生労働省
財務省に提出

# 22年度予算概算要求、8070億円増

厚生労働省は８月31日、2022年度予算概算要求を財務省に提出した。一般会計の要求額は、前年度から8070億円増の33兆9450億円。このうち「年金・医療等にかかる経費」は、6738億円増の31兆7791億円となった。新たな成長推進枠は2228億円。

概算要求の重点要求は４項目で、ポイントは以下の通り。

**❶新型コロナの経験を踏まえた柔軟で強靭な保健・医療・介護の構築**
▼新型コロナウイルス感染症を克服する保健・医療等提供体制の確保
▼研究開発の推進等
▼地域包括ケアシステムの構築等
▼予防・重症化予防・健康づくりやデータヘルス改革
▼安定的で持続可能な医療保険制度の運営確保
▼がん・循環器病・肝炎・難病対策等の推進
▼医薬品・食品等の安全の確保
▼国際保健への貢献・医療の国際展開

**❷ポストコロナに向けた「成長と雇用の好循環」の実現**
▼雇用維持・労働移動・人材育成等に向けた支援
▼多様な人材の活躍促進
▼誰もが働きやすい職場づくり

**❸子どもを産み育てやすい社会の実現**
▼子育て家庭や女性を包括的に支援する体制の構築
▼児童虐待防止対策・社会的養育の迅速かつ強力な推進
▼不妊症・不育症に対する総合的支援の推進
▼成育基本法を踏まえた母子保健医療対策の推進
▼総合的な子育て支援
▼ひとり親家庭等の自立支援の推進

**❹安心して暮らせる社会の構築**
▼地域共生社会の実現に向けた地域づくり
▼障害児・者支援、依存症対策の推進
▼水道の基盤強化
▼戦没者遺骨収集等の推進
▼安心できる年金制度の確立
▼被災地における心のケア支援等

これらを通じて「全世代型社会保障・一人ひとりが豊かさを実感できる社会の実現」するとした。

**■医政局「新たな成長枠」に286億円**

厚労省は同日、局ごとの概算要求についても公表した。

医政局では、概算要求額は前年度から 122 億 7500 万円増の 2362 億 2400 万円。

このうち新たな成長推進枠は 267 億 7300 万円、東日本大震災復興特別会計は 29 億 1500 万円となった。新たな成長推進枠の主な要望施策は、以下の通り。（以降、続く）

▼地域医療構想の実現に向けた取り組みの推進（4.4 億円）
▼医療計画等に基づく医療体制の推進（146.1 億円）
▼医師の地域間・診療科間偏在の解消など医師偏在対策等の推進（7.6 億円）
▼医師・医療従事者の働き方改革の推進（16.6 億円）
▼今般の新型コロナウイルス感染症の知見を踏まえた対応（20.9 億円）
▼高い創薬力および医療機器創出力を持つ産業構造への転換（0.5 億円）
▼医療分野の研究開発の促進（42.7 億円）
▼医療の国際展開の推進（1.0 億円）
▼データヘルス改革の推進（27.8 億円）

医療情報②
厚生労働省
提出

# 22年度税制改正要望を提出

## ～財務相と総務省に提出

厚生労働省は８月 31 日、2022 年度税制改正要望を、財務相と総務省に提出した。

税制改正要望項目は、「社会福祉」で２項目、「子ども・子育て」で３項目、「健康・医療」で７項目、「医療保険」１項目、「雇用」で２項目、「生活衛生」３項目、「その他」１項目の、合わせて 19 項目。このうち８項目を「主な税制改正要望」として挙げている。

８項目は以下の通り。

**【社会福祉】**
▼緊急小口資金等の特例貸付に係る非課税措置の創設

**【子ども・子育て】**
▼ひとり親家庭住宅支援資金貸付金に係る非課税措置の創設等
▼児童福祉制度の見直しに伴う税制上の所要の措置

**【健康・医療】**
▼地域医療構想実現に向けた税制上の優遇措置の拡充
▼基金拠出型医療法人における負担軽減措置の創設
▼感染症有事に備える取組に伴う税制上の所要の措置

**【雇用】**
▼労働者協同組合法の施行に伴う税制上の所要の措置

**【生活衛生】**
▼交際費課税の特例措置の延長

週刊医療情報（２０２１年９月３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。

経営 TOPICS
統計調査資料
抜 粋

# 病院報告
# （令和3年2月分概数）

厚生労働省　2021年5月28日公表

## 1. 1日平均患者数(各月間)

| | 1日平均患者数（人） | | | 対前月増減（人） | |
|---|---|---|---|---|---|
| | 令和３年２月 | 令和３年１月 | 令和2年12月 | 令和３年２月 | 令和３年１月 |
| 病院 | | | | | |
| 在院患者数 | | | | | |
| 総数 | 1 164 661 | 1 155 071 | 1 152 660 | 9 590 | 2 411 |
| 精神病床 | 271 358 | 271 247 | 272 587 | 111 | △ 1 340 |
| 感染症病床 | 6 561 | 9 112 | 6 298 | △ 2 551 | 2 814 |
| 結核病床 | 1 117 | 1 203 | 1 284 | △ 86 | △ 81 |
| 療養病床 | 249 197 | 247 389 | 247 257 | 1 808 | 132 |
| 一般病床 | 636 429 | 626 119 | 625 235 | 10 310 | 884 |
| 外来患者数 | 1 179 055 | 1 096 091 | 1 229 808 | 82 964 | △ 133 717 |
| 診療所 | | | | | |
| 在院患者数 | | | | | |
| 療養病床 | 3 319 | 3 289 | 3 281 | 30 | 8 |

注）数値は四捨五入しているため、内訳の合計が総数に合わない場合もある。

## 2. 月末病床利用率(各月末)

| | 月末病床利用率（%） | | | 対前月増減 | |
|---|---|---|---|---|---|
| | 令和３年２月 | 令和３年１月 | 令和2年12月 | 令和３年２月 | 令和３年１月 |
| 病院 | | | | | |
| 総数 | 74.4 | 75.2 | 68.6 | △ 0.8 | 6.6 |
| 精神病床 | 83.1 | 83.1 | 83.4 | △ 0.0 | △ 0.3 |
| 感染症病床 | 265.9 | 478.3 | 380.4 | △ 212.4 | 97.9 |
| 結核病床 | 26.0 | 27.7 | 30.0 | △ 1.7 | △ 2.3 |
| 療養病床 | 85.2 | 85.2 | 84.5 | 0.0 | 0.7 |
| 一般病床 | 67.5 | 68.4 | 57.4 | △ 0.9 | 11.0 |
| 診療所 | | | | | |
| 療養病床 | 50.7 | 50.2 | 48.8 | 0.5 | 1.4 |

注１）　月末病床利用率　＝ $\frac{\text{月末在院患者数}}{\text{月末病床数}}$ ×100

注２）月末在院患者数は、許可（指定）病床数にかかわらず、現に当月の末日 24 時現在に在院している患者数をいう。このため、感染症病床の月末在院患者数には、緊急的な対応として一般病床等に在院する者を含むことから 100%を上回ることがある。

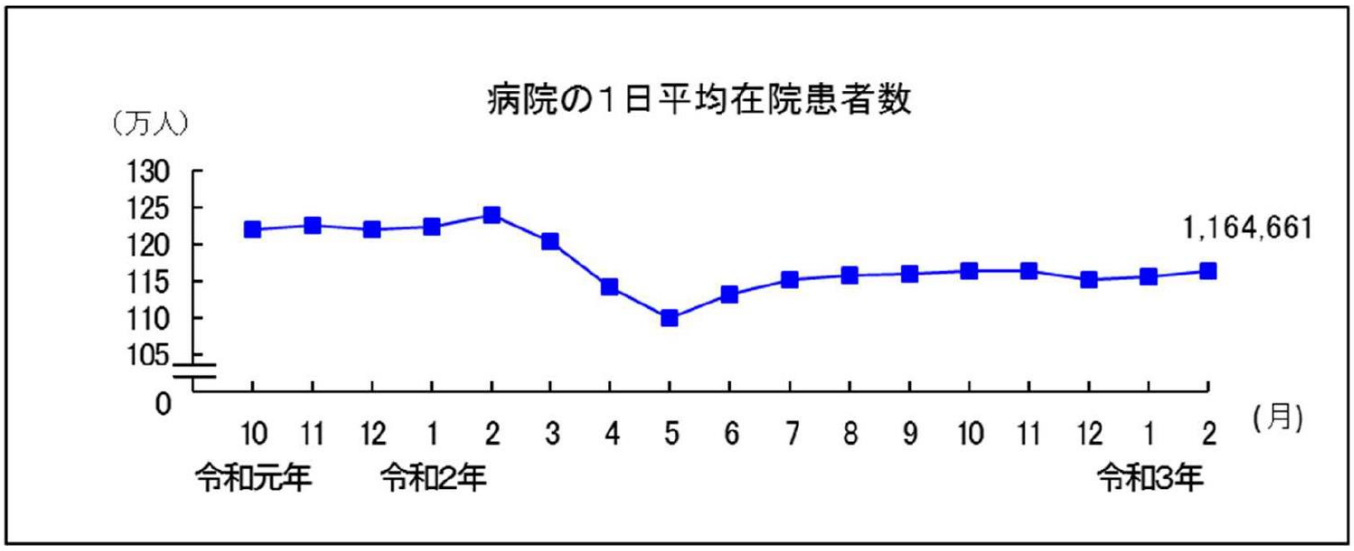
## 3. 平均在院日数(各月間)

| | 平均在院日数（日） | | | 対前月増減（日） | |
|---|---|---|---|---|---|
| | 令和３年２月 | 令和３年１月 | 令和2年12月 | 令和３年２月 | 令和３年１月 |
| 病院 | | | | | |
| 総数 | 28.9 | 30.2 | 27.0 | △ 1.3 | 3.2 |
| 精神病床 | 281.2 | 308.1 | 271.0 | △ 26.9 | 37.1 |
| 感染症病床 | 12.7 | 11.5 | 9.9 | 1.2 | 1.6 |
| 結核病床 | 55.6 | 49.7 | 47.3 | 5.9 | 2.4 |
| 療養病床 | 131.3 | 141.3 | 124.5 | △ 10.0 | 16.8 |
| 一般病床 | 17.1 | 17.8 | 15.8 | △ 0.7 | 2.0 |
| 診療所 | | | | | |
| 療養病床 | 103.4 | 109.4 | 99.4 | △ 6.0 | 10.0 |

注）平均在院日数 ＝ 在院患者延数 ／ １／２（新入院患者数＋退院患者数）

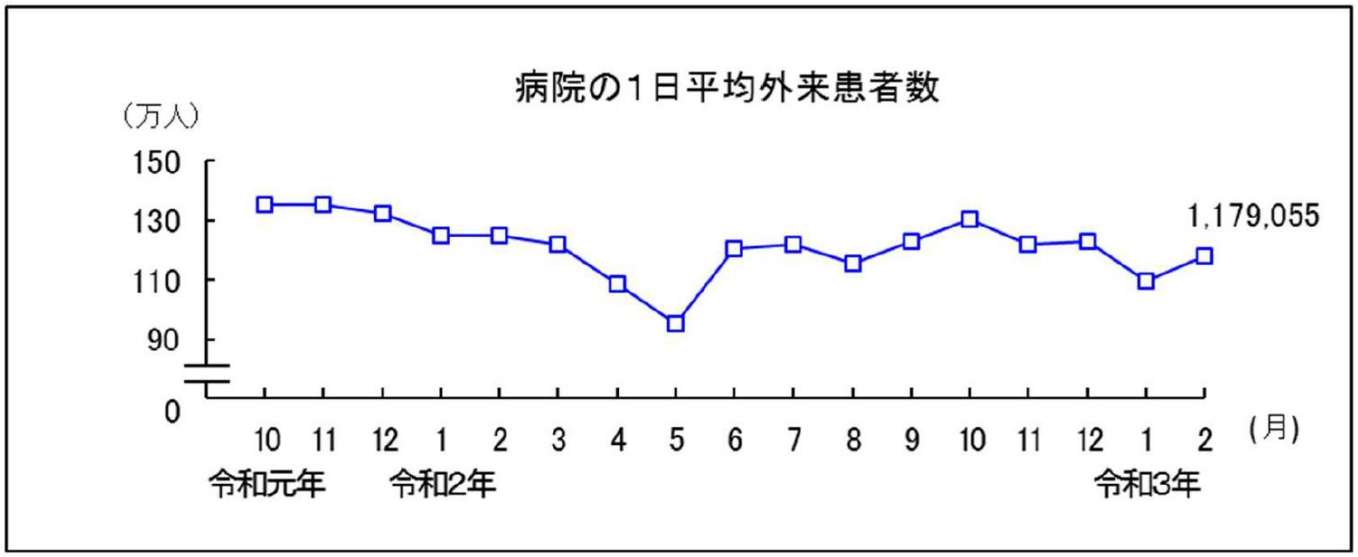
ただし、療養病床の平均在院日数 ＝ 在院患者延数 ／ １／２（新入院患者数 ＋ 同一医療機関内の他の病床から移された患者数 ＋ 退院患者数 ＋ 同一医療機関内の他の病床へ移された患者数）

### ◆病院:1日平均在院患者数の推移

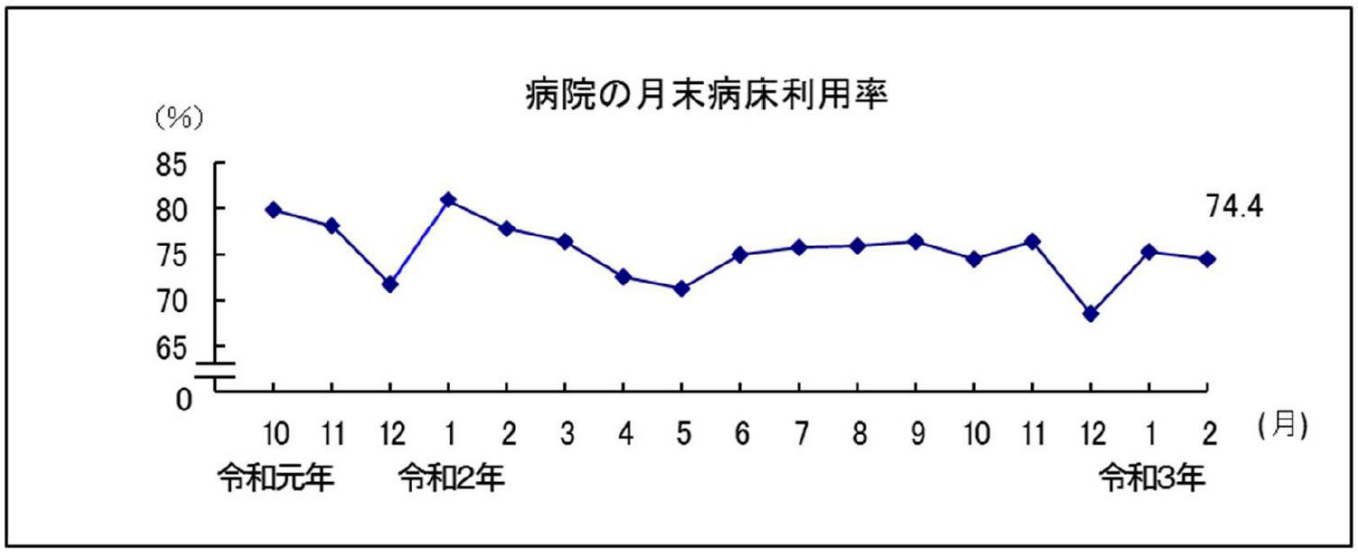



注１）数値は全て概数値である。
注２）令和元年 10 月分については、令和元年台風第十九号の影響により、長野県の病院１施設から報告がないため、集計から除いている。
注３）令和２年６月分、７月分については、令和２年７月豪雨の影響により、熊本県の病院１施設は報告のあった患者数のみ計上した。（以下同）

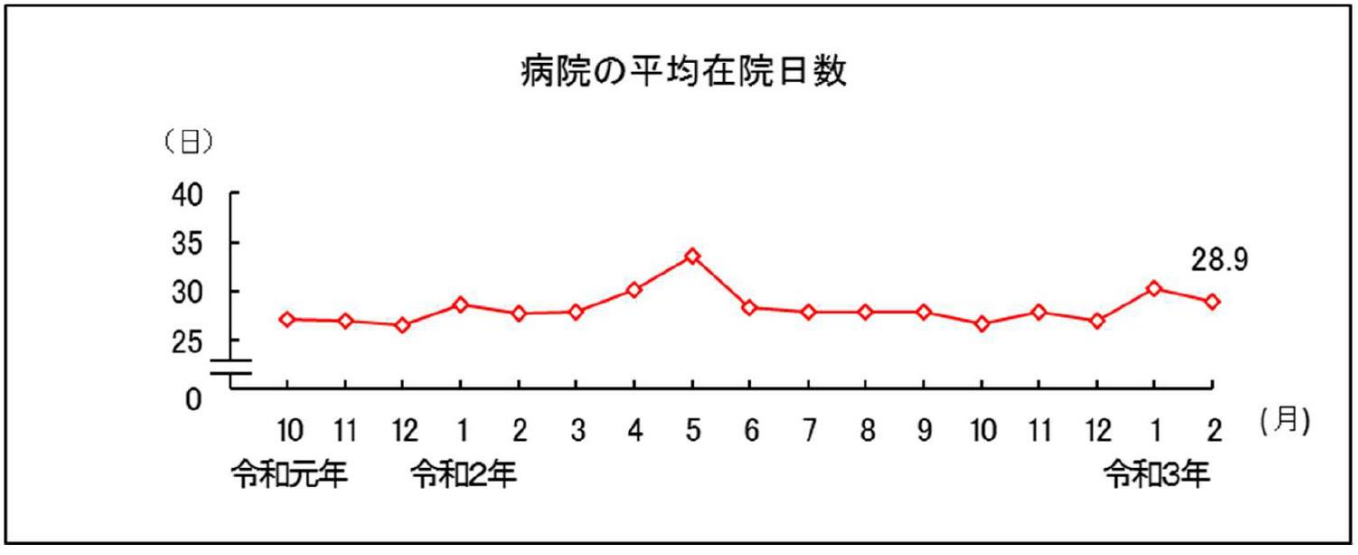
## ◆病院：1日の平均外来患者数の推移




## ◆病院：月末病床利用率の推移




## ◆病院：平均在院日数の推移




病院報告（令和３年２月分概数）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

人事・労務

## 職員の健康確保と就業環境改善を図る

# 勤務間インターバル制度の概要と運用方法

1. 勤務間インターバル制度の概要
2. 導入・運用に向けた取組の全体像と制度設計
3. 勤務間インターバル制度導入と運用方法

■参考文献

【厚生労働省】時間外労働の上限規制　わかりやすい解説　働き方改革～一億総活躍社会の実現に向けて～
勤務間インターバル制度導入・運用マニュアル　時間外労働等改善助成金（勤務間インターバル導入コース）

# 1 医業経営情報レポート
# 勤務間インターバル制度の概要

## ■ 勤務間インターバル制度の導入効果

勤務間インターバル制度の導入により、職員がインターバル時間を確保できるようになれば次のような効果が期待できます。

**◆勤務間インターバル制度導入効果**

●職員の健康の維持・向上とサービスの質向上　　●職員の確保と定着

### （１）職員の健康の維持・向上とサービスの質向上

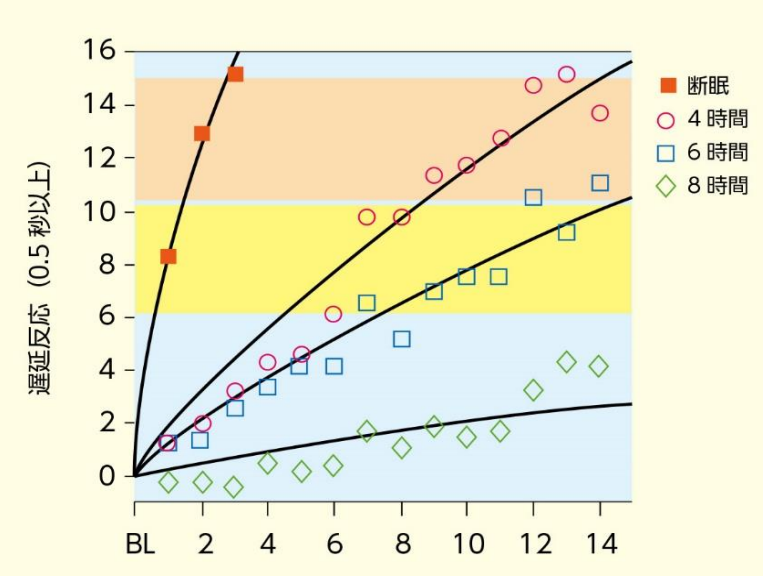
睡眠時間の重要性を明らかにした米国の研究があります。この研究では、被験者を一晩の睡眠時間が４時間、６時間、８時間のグループに分け、14 日間実験室に宿泊させて反応を検査しています。同時に３日間徹夜させるグループにも同様の反応検査を実施します。

この反応検査は、ランダムに提示される刺激に対して、0.5 秒以上かかって反応した遅延反応数の経日変化をグループごとに観察したものです。下図は、横軸が実験日、縦軸が反応検査で 0.5 秒以上かかった遅延反応数を示しています。

毎日少しずつでも睡眠不足が続くと、睡眠負債が積み重なって疲労が慢性化していきます。

やがて徹夜したのと同じ状態になると、判断能力や反応が鈍くなり、仕事にも支障をきたすことになります。この検査結果から、良いパフォーマンスを生み出すためには、毎日十分な睡眠時間（勤務間インターバル）を取ることが重要であるとわかります。

**◆慢性的な睡眠不足とパフォーマンス低下の関係**




（出典）厚生労働省
勤務間インターバル制度導入・運用マニュアル

また、勤務間インターバル制度の導入により、職員は「仕事に集中する時間」と「プライベートに集中する時間」のメリハリをつけることができるようになるので、職員の仕事への集中度を高めることができます。

仕事への集中度が高まることは、サービスの質向上へとつながります。

# 2 医業経営情報レポート 導入・運用に向けた取組の全体像と制度設計

## ■ 勤務間インターバル制度の設計

### （１）制度の詳細を決定

勤務間インターバル制度導入に向けた事前準備が整ったら、具体的な制度設計に入ります。

先ずは、制度内容を検討します。主な検討項目は以下のとおりです。

各項目の検討を進めるうえでは、制度導入の検討で把握した労働時間等に関わる現状と課題を踏まえながら、労使間で十分に話し合うことが求められます。

**◆勤務間インターバル制度を設計する際の検討項目**

**①適用対象の設定**

勤務間インターバル制度の適用対象となる職員の範囲を設定します。勤務間インターバル制度は、職員の健康維持・向上に資する制度であるため、全ての職員を対象とすることが基本です。「働き方が異なる」、「勤務形態・時間等に関する他制度の適用状況が異なる」等の事情により対象職員を限定する場合は、理由を明確にし、理解を得るようにします。

**②インターバル時間数の設定**

労働時間等に関わる現状と課題を踏まえながら、労使間の話し合いにより定めます。

勤務間インターバル制度の目的を踏まえると、インターバル時間数は一律とすることが基本です。ただし、「働き方が異なる」、「勤務形態・時間等に関する他制度の適用状況が異なる」等の実情を踏まえ、特定の職員に対して異なるインターバル時間数を設定することも考えられます。その際には、異なるインターバル時間数を適用する理由を明確にし、職員の理解を得るようにします。

**③インターバル時間を確保することによって、翌日の所定勤務開始時刻を超えてしまう場合の取扱いの設定**

**1　翌日の勤務開始時刻を繰り下げる**

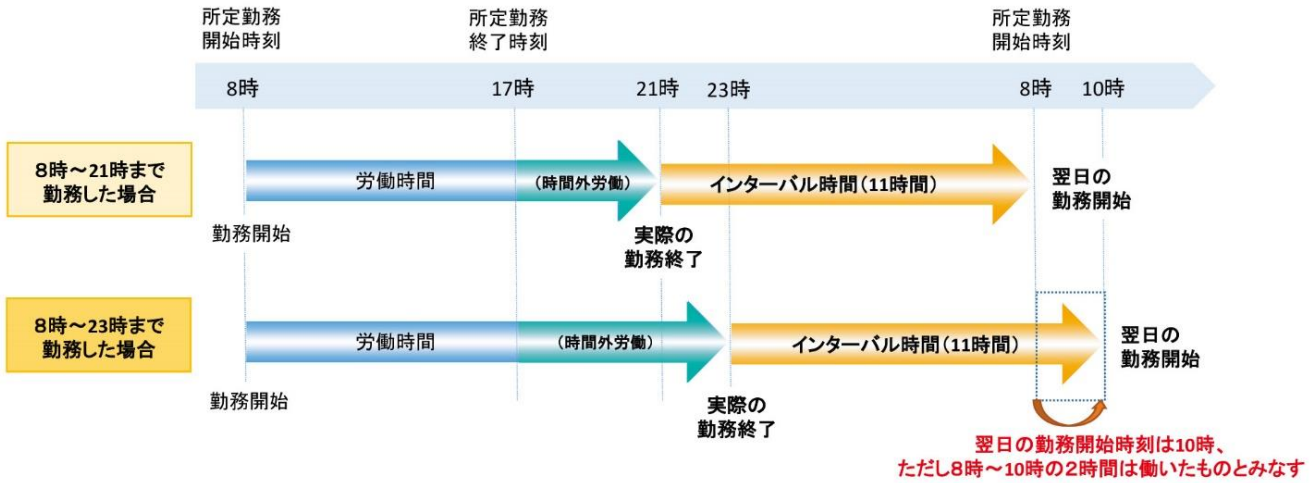
⇒この場合は、翌日の勤務開始時刻が後ろにずれ込むことになる。そのため、「翌日の勤務終了時刻を繰り下げる」、「翌日の勤務終了時刻は変更しない」等、翌日の勤務終了時刻の取扱いも定めておく必要がある。本稿１章２ページの図「例：11 時間の休息時間を確保するために始業時刻を後ろ倒しにする場合」を参照。

**2　インターバル時間と翌日の所定労働時間が重複する部分を働いたものとみなす**

⇒この場合は、所定勤務開始時刻から定められたインターバル時間を確保した後の勤務開始時刻までの時間は、勤務を行っていなくても働いたものとみなす。

### ◆インターバル時間と翌日の所定労働時間が重複する部分を働いたものとみなす場合の例

【所定労働時間は8時～17時、インターバル時間数は11時間の場合】




### ④インターバル時間を確保できないことが認められるケースの設定

緊急事態・トラブルへの対応等の特別な事情により、やむを得ず定められたインターバル時間を確保できないケースを予め定めておきます。

### ◆適用除外となる業務等（例）

- ●重大なクレームに対する業務
- ●突発的な設備のトラブルに対応する業務
- ●災害その他避けることのできない事由によって臨時の必要がある場合　　など

### ⑤インターバル時間の確保に関する手続きの検討

インターバル時間の確保に伴って翌日の勤務開始時刻を繰り下げる場合や適用除外となるケースが発生した場合など、予め申請手続きの方法について定めておきます。

### ⑥インターバル時間を確保できなかった場合の対応方法の検討

インターバル時間を確保できなかった場合の対応方法を定めておくことが必要です。

### ◆インターバル時間を確保できなかった場合の対応・措置（例）

インターバル時間を確保できない状況に至った経緯を把握する
⇒理由書を提出する　　など

### ⑦労働時間管理方法の見直し

制度の導入を機に、労働時間管理方法の見直しを行い、職員と管理職の双方が労働時間の実態を正しく把握できる仕組を整えます。例えば、インターバル時間を確保できていない職員に対して、メール等で通告することも一つの方法です。

# 3 医業経営情報レポート 勤務間インターバル制度導入と運用方法

## ■ 勤務間インターバル制度の導入と運用

### （１）院内への周知

勤務間インターバル制度を導入し、円滑に運用していくためには、現場の管理職や職員の理解と協力が不可欠であり、導入の意義やインターバル時間を確保するための工夫、留意点等について事前に周知することが必要です。勤務間インターバル制度の周知は、制度導入時に限られるものではありません。労働基準法（第 15 条第１項、施行規則第５条）では、使用者は労働契約の締結に際して、労働者に労働条件を明示しなければならないとされています。

また、労働契約法（第４条第１項）では、労働基準法の労働契約の締結時より広く、労働契約締結前の説明等の場面や、労働契約が締結又は変更されて継続している間の各場面において、使用者は労働条件及び労働契約の内容について、労働者の理解を深めるようにするものとされています。勤務間インターバル制度は、労働条件の１つです。その内容等について、継続的に周知することが重要です。

### （２）患者や取引先への説明

勤務間インターバル制度の円滑な運用のためには、院内関係者のみならず、患者や取引先からも理解を得ることが重要です。職員が制度の意義を理解しても、患者からの依頼が続けばインターバル時間を確保することは難しくなります。患者・取引先に対して制度の趣旨や内容を説明し、制度導入に伴い配慮してほしいことを伝える等の対応が必要です。

**◆制度導入を伝えた際に想定される反応と対応（例）**

●制度導入により、サービスの質や内容が低下するのではないか
●同じ看護師に対応してもらいたいのに、インターバル時間確保のため担当者が変わるのではないか

↓

制度導入が職員の健康確保、サービスの維持・向上に繋がること、また、異なる担当者であっても同等以上のサービスを提供できる教育訓練を行っていること等について説明

●想定外のトラブルや自然災害等の発生時は、インターバル時間に関係なく対応してもらわなければ、人命に関わるおそれがある

↓

制度設計のなかで適用除外となるケースを設定していることを説明

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。

経営データベース

Question

Answer

ジャンル：人材・人事制度 ＞ サブジャンル：資格基準

# 資格基準の構築

## 職員の資格基準は、どのようなステップで構築すればよいでしょうか。

自院の経営ビジョンを達成するためには、職員一人ひとりの役割を分担し、これを果たすための責任と必要な能力を明示する必要があります。

人事制度の構築は、これを明示するための基準作りから始まります。

また、資格基準とは、病院が経営ビジョン達成のために、職員一人ひとりに求めるこれら「役割責任」、「発揮能力」の基準を明示したものです。この基準に沿って、職員の等級を決め、仕事分担、能力開発、評価や処遇といった各制度を組み立てて運用します。

従来の医療機関、特に多職種が集まる病院の人事制度においては、職種（保有ライセンス）の違いをベースに採用形態や給与、教育等が運用されていました。

しかし、チーム医療による効率的で質の高い医療提供が求められる中では、縦割り組織ではなく、横の連携を重視した組織作りが必要です。

| 従来 | | 今後 |
|---|---|---|
| 職種（保有資格）重視（縦割り） | ⇒ | 資格（等級）重視（横の連携） |

そのため、職種を重視した組織体制や人事制度を改め、役割と能力を基準とした資格（等級）をベースにした運用がカギになるといえます。

保有資格ごとの専門性を追求するのはもちろんですが、経営ビジョンを達成するための組織としての役割とは、資格の壁を取り払うことなのです。

資格基準は、以下のステップで作成します。

| | | |
|---|---|---|
| step１ | 役割資格フレームの設計 | ●役割資格フレームの枠組み設計<br>●等級数、役割・能力基準、該当役職等の検討 |
| step２ | 役割責任・発揮能力の詳細化 | ●職務調査による役割・能力の洗い出し<br>●役割責任・発揮能力の分類とグレード決定 |
| step３ | 役割基準の運用ルールの検討 | ●新入職員、中途採用職員の格付けルールの検討<br>●昇格、降格ルール等、配置転換の検討 |

経営データベース

Question

Answer

ジャンル：人材・人事制度 ＞ サブジャンル：資格基準

# 役割・能力基準書の作成

## 役割と能力の詳細を職員に理解してもらうための取り組みを教えてください。

### ■職務調査による役割・能力の洗い出し

役割・能力基準書の作成には、職務調査による役割・能力の洗い出しが必要です。職務調査とは、病院が職員に期待し、求める役割と能力を明確にするために、院内の仕事を棚卸しする作業です。

具体的には、各部門の仕事を全て洗い出すことにより、その仕事の経営ビジョンにおける役割と必要な能力を明確にします。この作業によって、役割基準書と職務一覧表を作成します。

### ■役割基準書、職務一覧表とは

職務一覧表とは、役割・能力基準を具体化するために、洗い出した業務を部門（職種）毎に集約し、各々の業務がどれくらいのレベルで何等級に該当するのかを一覧表にまとめたものです。

### ■役割基準書、職務一覧表の作成ステップ

| | | |
|---|---|---|
| step１ | 役割と役割を構成する業務の洗い出し | 各部門の全ての役割と、その役割を構成する業務を抽出することから始めます。 |
| step２ | 役割と業務の格付け | 抽出した役割と業務を役割・能力等級フレームと関連させ、格付けを実施します。 |
| step３ | 担当者の整理 | それぞれの役割と業務を誰が実際に担当しているのかを整理します。この作業により、職員各人が担当する役割と業務のバランス（質：等級との関連、量：全業務に占める比重、遂行時間）がとれているかを判断する材料を得ることができます。これにより各人の役割や能力に見合った業務配分の見直しを行う材料とします。<br>例えば、管理職に相当する、つまり利益を生み出すべき人が日常業務の全てに関わっているため、目指す組織活動が停滞してしまうという病院が多々見られます。管理者層がどの程度、日常業務に労力を取られているのかを把握するためにも、それぞれの業務担当者の記載はぜひ実施すべきでしょう。 |
| step４ | 部門間調整 | 洗い出した業務の分類、範囲（大きさ）と等級格付けについて、各部門間の調整を行います。 |