

週刊WEB

医療経営

MAGA
ZINE

Vol.816 2024.4.9

医療情報ヘッドライン

学会認定16専門医が29年度から広告不可
広告可能な専門医資格は機構認定のみへ

▶厚生労働省

医療情報ネットを全国版に刷新
愛称を「ナビイ」として周知を図る

▶厚生労働省

週刊 医療情報

2024年4月5日号

24年度診療報酬改定の
疑義解釈示す

経営TOPICS

統計調査資料

最近の医療費の動向/概算医療費
(令和5年度9月)

経営情報レポート

定着率を向上させる
人事評価制度の組み立てと運用法

経営データベース

ジャンル:労務管理 > サブジャンル:就業規則

就業規則に必ず記載すべき事項
打刻を忘れた場合の対応

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。

学会認定16専門医が29年度から広告不可 広告可能な専門医資格は機構認定のみへ

厚生労働省 医療機能情報提供制度・医療広告等に関する分科会

厚生労働省は、3月25日の「医療機能情報提供制度・医療広告等に関する分科会」で、19の基本領域に対応する学会認定専門医資格（16学会16専門医）を2029年度から広告不可とする方針を明らかにした。

16専門医には、「日本小児科学会認定小児科専門医」や「日本皮膚科学会認定皮膚科専門医」、「日本外科学会認定外科専門医」なども含まれる。なお、2028年度末までに対象の学会認定専門医を取得もしくは更新した場合、その認定期間の開始日から5年間は広告可能とする経過措置も設ける。

■現在は56団体58資格の広告が可能

そもそも、医療広告は厳しい規制がある。

厚労省は、「医療法における広告規制の基本的な考え方」として「限定的に認められた事項以外は、原則として広告禁止」と明示。

「不当な広告により受け手側が誘引され、不適当なサービスを受けた場合の被害は、他の分野に比べ著しい」、「医療は極めて専門性の高いサービスであり、広告の受け手はその文言から提供される実際のサービスの質について事前に判断することが非常に困難」とその理由を説明している。

しかし、医療技術の進歩や患者ニーズの多様化に 대응するため、「医療に関する情報開示を進め、患者の選択の拡大を図る」として2002年4月1日付けで医療広告規制は大幅に緩和。専門医資格を広告できるようになった。

現在、医師の専門医資格は56。団体数は58にのぼる。他方で、資格の認定基準や制度設計は各学会が行っているため、統一性が

ないだけでなく透明性もあるとはいえない状態だ。そこで、厚労省は2011年から専門医制度改革に関する検討会を開催し、第三者機関の設立を提言。2014年に日本専門医機構が設立され、専門医資格の認定と養成プログラムの評価・認定を行うようになった。

2018年度からは新専門医制度がスタート。

内科や外科など19の基本領域の専門医資格を取得したのち、より専門性の高い27のサブスペシャリティ領域の研修に進むことができる仕組みを構築した。

■サブスペ領域も機構専門医のみになる見通し

ここで問題となるのが、基本領域において「同一名称同一内容の機構認定専門医と学会認定専門医が併存」していることだ。患者にしてみればわかりやすいとはとてもいえず、統一性もない。そのため、2021年10月に「同一領域の専門性があるものについては、日本専門医機構認定専門医に限って広告する」方針を決めた。従来の学会認定の専門医資格に対しては「当分の間」広告できる経過措置を設けるとした。今回、19の基本領域に重なる16の専門医に対して2028年度末で経過措置を終了する方針を示したことは、残りの40資格も近いうちに広告不可とするこの予告だともいえよう。

実際、今回対象外となったサブスペシャリティ領域に関しても、同領域の機構認定専門医が広告可能となったあとは経過措置を終了する旨をにじませた。2029年度まであと5年と時間はあるが、機構認定専門医の資格を受けていない医師を抱える医療機関は対策を進める必要があるだろう。

医療情報ネットを全国版に刷新 愛称を「ナビイ」として周知を図る

厚生労働省 医療機能情報提供制度・医療広告等に関する分科会

厚生労働省は、3月25日の「医療機能情報提供制度・医療広告等に関する分科会」で、全国の医療機関を検索できる「医療情報ネット」の愛称を「ナビイ」とすると発表した。

医療情報ネットは、医療機能情報提供制度によって整備されたもので、4月1日から全国統一システムとして公開されている。

厚労省は、ポスターやパンフレットを都道府県に配布するとともに、必要に応じて広報誌の作成や Web 媒体での発信などを行い、「ナビイ」の周知を図る意向だ。

■愛称は「ナビ」と「イ」の造語

「ナビイ」の基盤となる医療機能情報提供制度は、住民・患者が医療機関の適切な選択を支援することを目的として、2006年の第五次医療法改正によって導入された。

医療機関に「医療機能に関する情報」を都道府県へ報告することを義務付けるもので、都道府県はその情報を住民・患者にわかりやすく提供する制度として運用されてきた。

ところが、あまり活用されてこなかったのが実態だ。機能報告の方法が都道府県によって異なり、紙ベースで行われるところもあるため、医療機関に一定以上の負担もかけていた。集まった情報の集計や分析が迅速に行われているとも言い難かった。

そこで、今年1月から医療機関等情報支援システム（G-MIS）を用いたオンライン報告が開始。都道府県は報告された内容を取りまとめ、「ナビイ」に掲載することで住民・患者への情報提供を行うことになったのである。

なお、医療情報ネットの愛称である「ナビイ」は、医療従事者の負担軽減と適切な診療の両立を目指す「上手な医療のかかり方プロジェクト」において、国民から公募した479件をもとに決められた。

案内を意味するナビゲーションの「ナビ」と、医療機関を意味する「イ」を組み合わせた造語。「愛称からも医療機関（薬局）に関する情報を検索できることを想起しやすく、より国民の皆様に親しみやすく、覚えられやすい愛称となることを願ったもの」と厚労省は説明している。

■来年度は「かかりつけ医機能報告制度」が開始

今回の刷新にあたっては、全国統一システムにするだけでなく、機能の見直しも行われた。たとえば「高齢者」、「小児」、「障害児・者、難病患者」を選択できるボタンを追加。対象者別での検索が可能となった。

それに紐付いて、在宅医療への対応や施設のバリアフリー化、手話対応、地域のほかの医療機関との連携や介護サービスの有無などの項目も設定。あらゆる年齢層の幅広い悩みに対応できるように、使いやすいユーザーインターフェースを目指しているとした。

2025年4月には「かかりつけ医機能報告制度」もスタート。休日・夜間診療や訪問診療、往診の可否、連携医療機関等の有無だけでなく、必要に応じて項目が増えていくことも考えられる。同分科会をはじめとする行政の動向を見据え、アジャストしていくことが従来以上に問われることになるのではないか。

医療情報①
 厚生労働省
 提示

24年度診療報酬改定の 疑義解釈示す

2024年度の診療報酬改定が6月に施行されるのに先立って、厚生労働省は、「疑義解釈資料」（その1）を地方厚生局などに3月28日付で出した。「救命救急入院料」「特定集中治療室管理料」「小児特定集中治療室管理料」などに配置する専任の医師を「宿日直を行う医師ではないこと」とする基準に関しては、治療室に勤務する専任の医師が、宿日直を行う医師ではないことを求めるものだと説明した。厚労省は、新たな規定が、これらの入院料や管理料を届け出る病院に、宿日直許可を取得していないことを求めるものではないとしている。

また、治療室に勤務する医師が宿日直を行う医師ではないものの、宿日直許可を取得している業務に従事する場合の取り扱いに関しては、「宿日直許可を取得している業務に従事するかにかかわらず」、専任の医師が治療室に勤務している間は宿日直を行わないよう求めた。

24年度の診療報酬改定では、救命救急入院料、特定集中治療室管理料1-4、小児特定集中治療室管理料のほか、「新生児特定集中治療室管理料1」「新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料」「母体・胎児集中治療室管理料」の施設基準として、治療室に配置する専任の医師が宿日直を行う医師ではないことを明確化した。

一方、特定集中治療室管理料では、宿日直も行う専任医師を配置した場合も算定できる管理料5と6が新設される。点数が低い特定集中治療室管理料5や6への切り替えを避けるため、病院団体には、「病院によっては宿日直許可を返上せざるを得ない」という声があった。

診療報酬の改定に伴い新しい点数が原則6月1日から適用されるのに先立ち、厚労省の疑義解釈では、見直し後の詳しい運用をQ&A形式で示した。

特定集中治療室管理料1と2では、「生理学的スコア」（SOFAスコア）の判定が入室日に5以上（管理料3と4では3以上）の患者の割合を、直近1年間の入室患者の1割以上とする基準が追加される。厚労省によると、「入室日」とは患者が治療室に入った初日を指す。また、入院期間が通算される1回の入院で患者が複数回ICUに入室した場合は、初回の入室日にSOFAスコアを測定するという。入室日にSOFAスコアを2回以上測定した場合は、最も高いスコアを採用する。SOFAスコアは、呼吸機能・凝固機能・肝機能・循環機能・中枢神経機能・腎機能の6つをそれぞれ5段階の点数でスコア化し、多臓器不全の度合いを判定する指標。

●地域包括医療病棟内にはリハ専用設備「不要」

厚労省は、2024年度診療報酬改定の「疑義解釈資料」（その1）で、「地域包括医療病棟入院料」の届け出病棟内にリハビリテーションを行う専用の設備は必要かの質問に「不要」と

する取り扱いを示した。また、地域包括医療病棟入院料の算定要件のうち、必要な検査や CT 撮影、MRI 撮影を常時行える体制の整備を求める施設基準に関しては、救急患者にそれらを実施できるならオンコールの職員が対応する体制でも「差し支えない」としている。(以降、続く)

医療情報②
 厚生労働省
 検討会

新たな地域医療構想、 議論キックオフ

高齢化がピークを迎える 2040 年ごろを見据え、厚生労働省の有識者検討会は 3 月 29 日、新たな地域医療構想に関する議論を始めた。これまでの入院だけでなく、外来や在宅医療をまたぐ構想の具体化の検討を行い、年末の取りまとめを目指す。

検討会では、医療・介護関係団体や保険者、都道府県、学識経験者にヒアリングを行いながら、夏から秋ごろにかけて中間取りまとめを行う。その後、制度改正の具体的な内容について話し合う。

●機能の明確化「病院単位で」との指摘

厚労省は、新たな地域医療構想に関するガイドラインを 25 年度に示すほか、入院や外来・在宅医療のニーズが 40 年にかけてどう変化するか推計も行う。それらを踏まえて、各都道府県が新たな構想を 26 年度に策定。それに基づく医療提供体制の再編などの取り組みを、27 年度に行われる第 8 次医療計画の中間見直し後に開始する。

この日開かれた初会合では、新たな地域医療構想について「病院単位での方向性についても機能を明確化できるように議論を進めてほしい」（今村知・奈良県立医科大教授）との意見や、4 月に始まる医師の時間外労働の上限規制により生じる課題を明らかにしつつ検討していく必要があるとの指摘があった。また、取りまとめまでのタイトなスケジュールを懸念する構成員もいた。

現在の地域医療構想は、人口が多い団塊世代の全員が 75 歳以上になり、高齢化が加速する 25 年を想定して各都道府県が「構想区域」ごとに作った。それに沿った医療の再編は病院や有床診療所の病床機能の見直しが中心となっている。

一方、新たな地域医療構想は 40 年ごろを見据えたもので、医療や介護の「複合ニーズ」を抱える 85 歳以上の人の増加に対応できるようにするため、病院だけでなく「かかりつけ医機能」や在宅医療、医療・介護連携などを含めて地域の医療提供体制全体の構想となる見通し。人口の減少が目立つ地域もあることから、現在の構想区域の見直しも検討される。

厚労省が 29 日に初会合を開いたのは、「新たな地域医療構想等に関する検討会」。今後は月 1、2 回開催し、社会保障審議会の医療部会に報告しながら検討を進めていく。

週刊医療情報（2024年4月5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（令和5年度9月）

厚生労働省 2024年1月31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						75歳以上	
		被用者 保険	本人	家族	国民健康 保険	(再掲) 未就学者			
令和元年度	43.6	24.4	13.5	7.4	5.3	10.9	1.4	17.0	2.2
令和2年度	42.2	23.5	13.0	7.3	4.8	10.5	1.1	16.6	2.1
令和3年度	44.2	25.0	14.1	7.9	5.2	10.8	1.3	17.1	2.2
令和4年度4～3月	46.0	25.8	15.0	8.4	5.6	10.7	1.4	18.0	2.2
4～9月	22.6	12.7	7.3	4.1	2.7	5.4	0.7	8.8	1.1
7月	3.8	2.2	1.3	0.7	0.5	0.9	0.1	1.5	0.2
8月	3.8	2.2	1.3	0.7	0.5	0.9	0.1	1.4	0.2
9月	3.8	2.1	1.2	0.7	0.5	0.9	0.1	1.5	0.2
令和5年度4～9月	23.5	13.0	7.7	4.4	2.9	5.3	0.7	9.3	1.1
7月	4.0	2.2	1.3	0.8	0.5	0.9	0.1	1.6	0.2
8月	4.0	2.2	1.3	0.8	0.5	0.9	0.1	1.6	0.2
9月	3.9	2.2	1.3	0.7	0.5	0.9	0.1	1.6	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。（以下同）
- 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。なお、令和2年8月診療分以前のデータは、診療報酬明細書において「公費負担者番号①」欄に記載される公費負担医療（第1公費）のデータを集計したものである。

● 医療費の伸び率(対前年同期比)

（単位：％）

	総計	医療保険適用							公費
		75歳未満						75歳以上	
		被用者 保険	本人	家族	国民健康 保険	(再掲) 未就学者			
令和元年度	2.4	1.4	3.1	4.4	0.1	▲0.8	▲2.7	3.9	1.8
令和2年度	▲3.1	▲3.7	▲3.6	▲0.8	▲9.0	▲3.8	▲19.1	▲2.4	▲1.1
令和3年度	4.6	6.4	8.5	8.1	8.8	3.7	18.4	2.7	1.1
令和4年度4～3月	4.0	3.2	6.4	6.6	6.9	▲1.0	6.5	5.3	2.3
4～9月	3.1	2.7	5.4	5.9	5.3	▲0.7	▲0.0	4.1	0.3
7月	2.7	3.2	6.6	7.8	5.7	▲1.3	▲1.9	2.3	▲0.7
8月	3.1	4.3	8.6	9.9	8.0	▲1.4	3.9	2.0	▲1.8
9月	3.4	2.2	5.5	4.5	8.0	▲2.0	12.2	5.4	0.7
令和5年度4～9月	4.0	2.4	5.2	6.1	4.3	▲1.3	9.6	6.2	5.0
7月	4.0	2.1	4.3	5.4	3.1	▲1.2	5.5	6.8	5.9
8月	4.9	1.2	2.1	4.1	▲1.3	▲0.2	▲3.4	10.3	7.5
9月	4.2	3.5	7.0	8.6	5.6	▲1.4	2.8	5.1	5.2

● 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				
令和元年度	34.5	22.6	17.3	16.5	16.8	36.4	21.8	95.2
令和2年度	33.5	21.9	16.7	16.2	15.5	35.8	18.1	92.0
令和3年度	35.2	23.5	18.2	17.4	17.2	37.9	22.1	93.9
令和4年度4～3月	36.8	24.5	19.4	18.4	18.8	38.9	24.5	95.7
7月	3.0	2.1	1.6	1.6	1.6	3.2	2.2	7.8
	8月	3.0	2.1	1.7	1.6	1.6	2.0	7.6
	9月	3.0	2.0	1.6	1.5	1.5	2.0	7.9
令和5年度4～9月	18.8	12.5	9.9	9.4	9.8	19.8	13.7	48.1
7月	3.2	2.1	1.7	1.6	1.7	3.3	2.4	8.0
	8月	3.2	2.1	1.7	1.6	1.6	2.1	8.1
	9月	3.1	2.1	1.7	1.6	1.6	2.2	8.0

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								
令和元年度	43.6	34.7	16.9	14.9	3.0	7.7	0.8	0.30	17.6	22.6	3.0	
令和2年度	42.2	33.6	16.4	14.2	3.0	7.5	0.7	0.36	17.1	21.8	3.0	
令和3年度	44.2	35.3	16.9	15.3	3.1	7.8	0.7	0.43	17.6	23.0	3.1	
令和4年度4～3月	46.0	36.8	17.4	16.2	3.2	7.9	0.7	0.51	18.1	24.1	3.2	
7月	3.8	3.1	1.4	1.4	0.3	0.6	0.1	0.04	1.5	2.0	0.3	
	8月	3.8	3.0	1.4	1.4	0.3	0.7	0.1	0.04	1.4	2.1	0.3
	9月	3.8	3.0	1.4	1.3	0.3	0.6	0.1	0.04	1.5	2.0	0.3
令和5年度4～9月	23.5	18.7	8.9	8.2	1.6	4.1	0.4	0.29	9.3	12.2	1.6	
7月	4.0	3.2	1.5	1.4	0.3	0.7	0.1	0.05	1.6	2.1	0.3	
	8月	4.0	3.2	1.5	1.4	0.3	0.7	0.1	0.05	1.6	2.1	0.3
	9月	3.9	3.1	1.5	1.4	0.3	0.7	0.1	0.05	1.5	2.1	0.3

注) 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			
令和元年度	25.2	25.0	4.7	16.1	4.2	8.4	0.27
令和2年度	23.1	22.8	4.4	14.5	3.9	7.6	0.32
令和3年度	23.9	23.5	4.4	15.2	4.0	8.0	0.37
令和4年度4～3月	24.3	23.9	4.3	15.6	4.0	8.4	0.43
7月	2.1	2.0	0.4	1.3	0.3	0.7	0.03
	2.0	2.0	0.3	1.3	0.3	0.7	0.04
	2.0	2.0	0.3	1.3	0.3	0.7	0.04
令和5年度4～9月	12.4	12.1	2.2	7.9	2.0	4.4	0.24
7月	2.1	2.1	0.4	1.4	0.3	0.7	0.04
	2.0	2.0	0.4	1.3	0.3	0.7	0.04
	2.1	2.0	0.4	1.3	0.3	0.7	0.04

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					
令和元年度	17.3	36.2	37.9	9.2	7.2	9.2	11.4	14.0
令和2年度	18.3	37.2	38.9	9.8	7.7	9.9	11.5	15.0
令和3年度	18.5	38.7	40.4	10.1	7.9	9.7	11.7	15.2
令和4年度4～3月	18.9	40.4	42.1	10.4	8.1	9.4	11.9	15.4
7月	18.4	39.1	40.8	10.3	8.1	9.1	11.9	15.1
	18.7	39.7	41.4	10.7	8.1	9.3	11.9	15.6
	18.8	40.1	41.7	10.5	8.2	9.5	11.9	15.5
令和5年度4～9月	19.0	40.7	42.4	10.3	8.2	9.3	12.0	15.4
7月	18.8	40.4	42.0	10.2	8.2	9.2	12.1	15.3
	19.7	41.0	42.7	10.6	8.2	9.8	12.1	16.1
	19.1	40.5	42.1	10.4	8.2	9.5	12.1	15.6

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の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の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(令和5年度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



福 祉 経 営

定着率を向上させる

人事評価制度の 組み立てと運用法

1. 人事評価表をオリジナルで作成すべき理由
2. 5つのステップで完成するプロセス評価
3. 法人理念の実現に向けた行動基準の作り方
4. サービス力がアップする職務評価
5. 育成効果を高めるためのポイント
6. 人事評価結果を来期の育成に活かす仕組み



1

医業経営情報レポート

人事評価表をオリジナルで作成すべき理由

■ 理念実現や職員成長のために活用する評価表

人事評価制度が上手く機能していない失敗例としては、施設長が他施設やネットから評価表を流用している、書籍に記載されている評価表をコピーして職員に渡しているなどのケースです。この場合、形だけの人事評価制度が構築され、法人理念や職員の声が反映されないために、職員から受け入れられない制度になってしまいます。現場の職員から「こんな人事評価制度はダメだ!」と言われるようでは、人事評価制度の運用がうまくいくはずがありません。

人事評価表は、見た目の美しさや項目の精密さを追求するのではなく、法人や施設が目指していることや、職員のなりたい姿が評価表に落とし込まれていることがとても重要です。人事評価表は、職員を育て、職員の成長を通して理念を実現するために活用するものだからです。

法人理念や求める職員像は施設によって異なります。したがって評価表は施設オリジナルのものでなければ意味がありません。

評価表は理念実現や職員成長のために活用するもの



リーダーの思いが詰まっていない評価表
評価要素が多すぎて細かすぎる評価表



法人や施設が目指していることが記載された評価表
職員のなりたい姿が落とし込まれた評価表



施設オリジナルの評価表でなければ意味がない

■ 評価項目別の評価要素の作成

施設オリジナルの評価表を作成する場合、一般的に施設長を含むプロジェクトメンバー（リーダー）が考えて施設独自の評価内容や着眼点を定めますが、評価表の評価要素は一般的な評価理論に沿って作成します。

これにより評価項目や評価要素の抜けや漏れを防ぐことができます。

(1)人事評価表の構成

人事評価表の構成要素の大枠は、「プロセス評価」、「職務評価」、「個別目標評価」の3つに分かれ、そのうち1つを導入することも有効です。

(2)プロセス評価における3つの評価項目

人事制度の運用のカギを握るといわれる人事評価の項目は、通常3つの評価項目の組み合わせによって成り立っています。

2

医業経営情報レポート

5つのステップで完成するプロセス評価

■ 職員参加型で行うオリジナル人事評価表の作成方法

職員育成を主眼とする人事評価制度では、人事評価表において法人・施設が求める職員像、評価・育成のポイント（基準）を着眼点としてまとめ、明示する必要があります。

また、人事評価表の作成方法も様々なものがありますが、職員の理解を促進し、早期の浸透を目指すには、職員を巻き込んで作成することが望まれます。

【ステップ1】人事評価表策定チームの結成

全職員で作成することも一つの方法ですが、現実的かつ効率を考えると、ある程度メンバーを絞り込んで実施することが望ましいといえます。

メンバー選定のポイントは以下の通りです。

- 施設のキーマンを外さない
- 全ての部門から最低1名は参加させる
- できれば、一般職員も参加させる

【ステップ2】着眼点の抽出

メンバーが集まったら、まずは理想の職員に求められる要件（着眼点）の抽出を行います。

「いつも笑顔で挨拶ができる」とか、「書類の提出期限を守る」といった単純なことから、「子どもの成長段階にあわせた確かな保育計画を立てることができる」といった高度な内容まで、思いつく限りたくさんあげてもらいます。

【ステップ3】着眼点の整理

ステップ2で抽出した着眼点について、整理を行います。まずは全く同じ内容のものは一つにします。また、似た内容については同じカテゴリーに分類します。その際、それが人事評価の評価要素（規律性、責任性など）のどこに該当するかも考慮します。

【ステップ4】着眼点の文章化

ステップ3でカテゴリー分けした着眼点を一つの文章に整理していきます。「明るい」「笑顔」「挨拶」といった項目をまとめて、「笑顔で明るい挨拶ができているか」といった具合に着眼点の文章としてまとめます。この時のポイントは、一つの文章にまとめられないものは、要素としては別であると判断して、それぞれで文章化を行うことです。

【ステップ5】着眼点の絞り込み

最後に、ステップ4で文章化した着眼点から、実際に評価表に掲載する着眼点を選択していきます。評価表に掲載する着眼点は、職員が理解し日常心掛けることができる程度の数に絞り込むことが望ましいといえます。

3

医業経営情報レポート

法人理念の実現に向けた行動基準の作り方

■ コンピテンシーの活用

評価制度の導入に限らず、職員の行動基準を作成する上で有効なツールとして「コンピテンシー」というものがあります。コンピテンシーとは、職場内の優秀者に共通してみられる行動特性のことで、「ある職務や役割において優秀な成果を発揮する行動特性」などと定義されています。優秀職員の専門技術・ノウハウ・基礎能力等を細かに観察し、何がその人を「仕事ができる職員」にしているのかを明らかにするものです。

このコンピテンシーをベースに自施設の人事評価要素を組み立てることも可能です。

コンピテンシーに関しては、いくつも書籍が出されていますので、これを参考に自施設にとって大事な要素を整理して、文章を施設内で考えるのもひとつの方法です。コンピテンシーベースで評価要素を先に選出してから前述のステップ2へ進む方法が効率的ともいえます。

■ 行動基準作成時の3つのポイント

行動基準は、法人が目指す理想の職員像が凝縮されたものでなければなりません。理念を実現するのが、理想の職員であれば、理念が法人毎に異なるように、理想の職員も法人毎に異なります。理想の職員像へと向かわせる行動基準とするには、次の3つのポイントを含めたり、補足したりして作成します。

(1)自分達が使っている言葉で表現する

職員と共に作り上げた行動基準には、各人の理想の職員像が凝縮されます。

施設内だけに通用する言葉、振る舞い等施設で自分たちが使っている言葉を積極的に取り入れるのも効果的です。

(2)理想とする職員の姿を表現する

行動基準は、今できていることよりも、こうなって欲しい、こうなりたいという未来志向のものを落とし込む必要もあります。評価要素にもよりますが、育成の方向付けを行うのが行動基準という認識の上、文言の確認をしていきます。

(3)具体例を示す

行動基準は、短文で分かりやすく表現される必要があります。行動基準の作成当事者は行動基準の文だけでなく、その文に至った背景も知っています。しかし、行動基準だけ初めて知る職員には、具体的にどのようなことかが伝わらない事があります。

それを避けるために、具体的にどのようなことかを例示すると分かりやすくなります。

4 医業経営情報レポート

サービス力がアップする職務評価

■「できる」を重視した評価表モデル

人材育成を進めたいものの、人事評価制度の導入には、運用面で不安があるなどの理由で導入には消極的な施設もあると思われます。このような状況である施設については、評価項目を等級制度（キャリアパス）とコンピテンシーの両面での評価を可能にした人事評価表を紹介します。コンピテンシーでは、求める人材像を明確に示すことで、当施設の職員にどのような人材になって欲しいのかを「理解」させ、「遵守」させることを主眼に置きます。

一方、職務評価（真の現場力）の場合、職員それぞれ職種、能力レベルの違いがありますので、それぞれの等級（キャリアパス）に求められる役割、業務をどれだけ「できる」のかを評価することができます。

◆人事評価表(職務評価)サンプル(介護職員)

【③職務遂行度評価】 ※評点は、評価基準に基づき整数(1~5)で記入

課業	課業の内容	評価配分	自己評価		一次考課		二次考課		最終評価	
			評点	考課点数	評点	考課点数	評点	考課点数	評点	考課点数
食事介助	食事準備(配膳・下膳)・後始末	2.0 %		0.0		0.0		0.0		0.0
入浴介助	浴室脱衣室の準備・後始末	2.0 %		0.0		0.0		0.0		0.0
排泄介助	おむつ交換の準備・実施・後始末	2.0 %		0.0		0.0		0.0		0.0
整容・着替介助	整容・着替介助・爪切り・耳掃除等	2.0 %		0.0		0.0		0.0		0.0
日常生活上のリハビリ	基本動作訓練(歩行・起立・保持等)	2.0 %		0.0		0.0		0.0		0.0
バイタルチェック	体調不良者の体温・血圧測定・医務への連絡	2.0 %		0.0		0.0		0.0		0.0
	排尿・排便量の把握	2.0 %		0.0		0.0		0.0		0.0
	容態観察(巡回)	2.0 %		0.0		0.0		0.0		0.0
	皮膚・全身状態の観察	2.0 %		0.0		0.0		0.0		0.0
医療的ケア	服薬・点眼・座薬・湿布等の使用介助	2.0 %		0.0		0.0		0.0		0.0
	異食・誤嚥・嘔吐・下痢の対応	2.0 %		0.0		0.0		0.0		0.0
コミュニケーション	利用者からの相談・援助業務	2.0 %		0.0		0.0		0.0		0.0
申送り・引継ぎ	申送り・引継ぎの実施	2.0 %		0.0		0.0		0.0		0.0
	他部署との報告・連絡・相談	2.0 %		0.0		0.0		0.0		0.0
入居時対応	嗜好品・趣味・特技等の確認	2.0 %		0.0		0.0		0.0		0.0
	入居後の様子観察(声掛け等)	2.0 %		0.0		0.0		0.0		0.0
アセスメント	健康状態・精神状態の把握	2.0 %		0.0		0.0		0.0		0.0
記録	担当利用者の申し送り事項作成・回覧	2.0 %		0.0		0.0		0.0		0.0
連絡調整	管理職への報告・連絡・相談	2.0 %		0.0		0.0		0.0		0.0
	ご家族への協力依頼や調整・報告・連絡	2.0 %		0.0		0.0		0.0		0.0
合計		40.0 %		0.0		0.0		0.0		0.0

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:労務管理 > サブジャンル:就業規則

就業規則に必ず記載すべき事項

就業規則を作成するにあたって、必ず定めなければならない事項があれば教えてください。

就業規則に記載すべき事項には、絶対的必要記載事項と相対的必要記載事項とがあります。

絶対的必要記載事項とは、就業規則に必ず定めなければならない事項ですが、相対的必要記載事項についても、その定めをした場合には必ず就業規則に定めなければなりません。

労働基準法第89条においては、以下の(1)~(3)については、必ず就業規則に定めなければならないこととしています（「絶対的必要記載事項」）。

- (1) 始業及び終業の時刻、休憩時間、休日、休暇並びに交替制の場合には就業時転換に関する事項
- (2) 賃金の決定、計算及び支払の方法、賃金の締切り及び支払の時期並びに昇給に関する事項
- (3) 退職に関する事項（解雇の事由を含む。）

また、以下の(1)~(8)については、定めをする場合には就業規則に記載しなければならないこととしています（「相対的必要記載事項」）。

- (1) 退職手当（適用される労働者の範囲、退職手当の決定、計算及び支払の方法、退職手当の支払の時期）に関する事項
- (2) 臨時に支払われる賃金等（退職手当を除く）、最低賃金額に関する事項
- (3) 労働者に負担させるべき食費、作業用品などに関する事項
- (4) 安全及び衛生に関する事項
- (5) 職業訓練に関する事項
- (6) 災害補償及び業務外の傷病扶助に関する事項
- (7) 表彰及び制裁についての種類及び程度に関する事項
- (8) 労働者のすべてに適用される定めをおく場合は、その事項

相対的必要記載事項とは、記載してもしなくてもどちらでもよいということではなく、定めをする場合には、必ず就業規則に記載しなければならないこととしています。

ジャンル:労務管理 > サブジャンル:就業規則

打刻を忘れた場合の対応

就業規則の「タイムカードの打刻をしなかった場合には欠勤とする」という趣旨の規定に基づいて、打刻を忘れた者を欠勤と扱うことはできるのでしょうか。

労働基準法は、使用者に賃金台帳の作成義務を課し、労働日数、労働時間数、時間外労働の時間数、休日労働時間数、深夜労働時間数を賃金台帳に記入すべきものとしています。

つまり、使用者には賃金計算の基礎となる労働時間等の把握義務が課せられているわけです。

労働日数や労働時間数を把握する方法としては、一般に出勤簿やタイムレコーダー等が利用されていますが、管理者が各人別の労働時間数等を記録したり、労働者が出勤簿に記録したりする方法などでも差し支えありません。

使用者は、個々の労働者について労働時間等を確実に把握し、時間外労働等の処理にあたっては、法令の定め違反しないように管理することが求められているのです。

したがって、出退勤時刻の管理にタイムカードを使用している場合に打刻しない者がいたとしても、使用者は何らかの方法で労働時間の把握義務を果たさなければなりません。

つまり、タイムレコーダーの打刻を忘れた場合でも、労働者が実際に出勤し、労働している限り、使用者はその労働者の実際の労働時間について把握する義務を免れることはできないとされます。

したがって、タイムレコーダーの打刻忘れを理由に欠勤として扱うことは認められず、仮に就業規則にそのような規定が設けられていたとしても、当該規定は無効です。

ただし、打刻忘れを理由とした制裁処分をすることはできますので、労働基準法に定める範囲内であれば、減給等の制裁処分に付すことは可能だと解されています。

■就業規則上の定め可否

