

週刊WEB

医療経営

MAGA
ZINE

Vol. 605 2020.1.7

医療情報ヘッドライン

「がんゲノム医療拠点病院」を
「中核拠点病院」と同等に評価

▶厚生労働省 中央社会保険医療協議会

2021年度の
介護保険制度改正に向け
ケアプラン有料化や室料負担など議論

▶厚生労働省 社会保障審議会介護保険部会

週刊 医療情報

2019年12月27日号

2020年度予算案を閣議決定、
社会保障費35兆8千億円

経営TOPICS

統計調査資料
介護保険事業状況報告（暫定）
（令和元年6月）

経営情報レポート

医療・介護の連携強化を図る
2020年診療報酬改定に向けた対応

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
目標面接とは
人事評価の進め方

発行：税理士法人 森田会計事務所

本誌掲載記事の無断転載を禁じます。

「がんゲノム医療拠点病院」を 「中核拠点病院」と同等に評価

厚生労働省 中央社会保険医療協議会

厚生労働省は、12月4日の中央社会保険医療協議会総会で、「がんゲノム医療拠点病院」を「がんゲノム医療中核拠点病院」と同等に評価することを提案し、また、「個別栄養食事管理加算」の対象疾患をがん以外にも拡大すると提示した。いずれも概ね了承されている。

■2018年2月、全国11カ所の医療機関を

「がんゲノム医療中核拠点病院」と指定

がんゲノム医療は、がんの組織を用いて多数の遺伝子を同時に調べ、遺伝子変異を明らかにすることで一人ひとりの体質や病状に合わせた治療を行うもので、副作用の軽減や症状の緩和が期待できるため、注力分野のひとつとなっている。2018年2月には全国11カ所の医療機関を「がんゲノム医療中核拠点病院」と指定し、それと連携する「がんゲノム医療連携病院」を全国156カ所に指定した。

その直後に行われた2018年度診療報酬改定で、「がんゲノム医療を提供する保険医療機関に対する加算」を新設し、「がんゲノム医療中核拠点病院」は、入院初日に250点を算定

できるようになった。

今年9月、さらにはがんゲノム医療の提供体制を整備するため、新たに「がんゲノム医療拠点病院」を全国34カ所に指定したが、「がんゲノム医療を提供する保険医療機関に対する加算」の対象ではない。しかし、その要件はがんゲノム医療に係る情報共有の機会の提供や、研修に係る要件を除いて「がんゲノム医療中核拠点病院」とほぼ同じであるため、同様の評価をするべきとの声が上がっており、今回の厚労省案はそれに応えたものである。

■「個別栄養食事管理加算」も

実情を踏まえて見直し、がん以外にも拡大

この日の総会では、「がん診療連携拠点病院」のうち、指定要件の充足状況が不十分と判断された「地域がん診療連携拠点病院(特例型)」が「地域がん診療病院」と同様の評価にする方針も示された。「がん診療連携拠点病院」は500点の加算を算定できるが、「地域がん診療病院」は300点で、実質的な降格措置を受けた病院に対し、実情に見合った評価を与えようという趣旨であり、「個別栄養食事管理加算」に関する見直しも、実情を踏まえたものである。「個別栄養食事管理加算」は、一般病床での緩和ケアを評価する「緩和ケア診療加算」の上乗せ加算で、「緩和ケア診療加算」は、2018年度改定でがん以外に後天性免疫不全症候群と末期心不全も対象疾患となったが、「個別栄養食事管理加算」はがんのみだったため、足並みをそろえた形となる。



2021年度の介護保険制度改正に向け ケアプラン有料化や室料負担など議論

厚生労働省 社会保障審議会介護保険部会

厚生労働省は、12月5日の社会保障審議会介護保険部会で、2021年度の介護保険制度改正に向けたこれまでの議論を取りまとめた。しかし、ケアマネジメント有料化や多床室の室料負担などでは意見が対立しており、今後の検討課題と位置づけられたが、来年の通常国会での改正法案提出に向け、どのように調整していくかが注目される。

■2010年にケアプラン有料化の議論が

巻き起こってから、検討が重ねられている

現在、介護保険部会で展開されている議論は、2021年度からスタートする第8期介護保険事業計画を見据えてのもので、3年を1期とする介護保険事業計画は、前年に通常国会で成立した介護保険改正法をもとに進められるのが通例で、今回の焦点のひとつとなっているのがケアプランの有料化であり、ケアプランの作成は、2000年に介護保険制度がスタートしてから一貫して自己負担が求められていない（10割給付）。これは、要介護者が積極的にケアマネジメント（居宅介護支援）のサービスを利用できるようにするためだ。

しかし、2010年に有料化の議論が巻き起こってからたびたび検討の俎上にのぼっている。有料化賛成派は「ケアマネジャーの専門性を評価するべき」とし、反対派は「利用者の意向を反映すべきという圧力が高まり、給付費の増加につながる」と主張する。議論はいずれも平行線をたどり、介護保険部会の報告書では両論併記となるのが通例となっている。

■要介護人口が加速度的に増えていくことを見越せば、有料化することで弊害が生じる

今後、要介護人口が加速度的に増えていくことを見越せば、有料化することの弊害が生じることは十分に予測できる。一方で、ケアマネジャーの処遇の低さや業務負担の大きさも問題視されており、10割給付に限界があるのも事実である。かかりつけ医など地域医療と介護事業所との間でハブとしての役割を果たすなど、地域包括ケアシステムの中で欠かせない存在でもあるだけに、処遇を改善するための手立てを講じる必要があるだろう。

こうしたことを踏まえ、介護保険部会の委員でもある日本介護支援専門員協会の濱田副会長は、「相応の処遇改善と事務負担の軽減」を要望するとともに、有料化に反対の意向を改めて示している。

政府が先送りを決めたとの一部報道があったように、またもや両論併記を選択するのか、あるいは何らかの明確な方向性を打ち出すのかについて、今後の行方を見守りたい。



医療情報①
 政府予算案
 閣議決定

2020年度予算案を閣議決定、 社会保障費35兆8千億円

政府は12月20日、2020年度の政府予算案を閣議決定した。一般会計の総額は、19年度当初予算を1兆2009億円上回る102兆6580億円で、このうち一般歳出は1兆5333億円増の63兆4972億円となった。社会保障関係費は1兆7495億円増の35兆8121億円で、一般歳出に占める割合は58.0%となった。国債費は19年度より1567億円少ない23兆3515億円だった。増税対応や「防災・減災・国土強靱化のための3カ年緊急対策」などの「臨時・特別の措置」には、19年度より2492億円少ない1兆7788億円が充てられた。

■厚労省予算案、33兆円に迫る

厚生労働省は同日、20年度予算案を公表した。20年度の厚生労働省の一般会計予算案の総額は、19年度当初予算を1兆220億円上回る32兆9861億円で、このうち32兆6323億円を社会保障関係費が占める。社会保障関係費の内訳をみると、「年金」が最も多く12兆4615億円で、38.2%を占めた。「医療」は12兆2674億円で37.6%、「介護」は3兆4038億円で10.4%だった。「福祉等」は4兆4517億円で13.6%、「雇用」は480億円で0.1%だった。また、20年度の予算編成に当たって厚労省は、重点事項として「人生100年時代に対応した全世代型社会保障の構築」を掲げ、以下を三本柱に据え、予算編成した。

- ▼多様な就労・社会参加の促進
- ▼健康寿命延伸等に向けた保健・医療・介護の充実
- ▼安全・安心な暮らしの確保等

「健康寿命延伸等に向けた保健・医療・介護の充実」では、「地域医療構想・医師偏在対策・医療従事者働き方改革の推進等」に1171億円（19年度977億円）を充てるほか、「介護の受け皿整備、介護人材の確保」に1140億円（同856億円）、「自立支援・重度化防止に向けた取り組みの強化」に409億円（同210億円）、「認知症施策推進大綱に基づく施策の推進」に125億円（同119億円）を配分した。

さらに、「健康寿命延伸に向けた予防・健康づくり」には1500億円（同999億円）、「データヘルス改革、ロボット・AI・ICT等の実用化推進」に1008億円（同688億円）、「タスク・シフティングやシニア人材活用、組織マネジメント改革」に51億円（同27億円）を充当する。被用者保険への財政支援は19年度予算と同額の820億円とした。

2020年度診療報酬改定の 検討事項を提示

中央社会保険医療協議会（中医協、会長＝田辺国昭・東京大学大学院法学政治学研究科教授）は12月20日に総会を開き、1号側（支払側）委員と2号側（診療側）委員が、2020年度診療報酬改定の検討事項をそれぞれ提示した。

支払側は、入院医療について以下などを提示した。

- ▼特定機能病院での薬剤適正使用に向けて「使用ガイド付きの医薬品集」のあり方や具体的な取り組みを検証したうえで、処方推進策を診療報酬で対応
- ▼回復期リハビリテーション病棟入院料におけるアウトカム評価のさらなる推進

機能強化加算の要件については、「継続的な指導管理が必要な患者に診療を行う前に、かかりつけ医機能を有する医療機関であることや、患者が享受するメリット、初診料に加算される費用等について、文書で丁寧に説明することを算定要件に追加すべきである」と強調した。

医師等の働き方改革では「総合的な取り組みを推進すべきであり、入院基本料等で一律に評価する等、安易に患者へ負担を生じさせる対応とすべきでない」と主張する。そのうえで「救急病院の勤務医の負担を軽減するために、診療報酬上の評価にあたっては、段階的な目標設定と進捗状況の報告の要件化」を求めた。

■入院基本料で医療従事者の人件費評価を提示

診療側は、医科について「中医協で検討してきた項目は財源次第での議論であり、改定率を踏まえ、メリハリを付けたり、優先順位を決め、実施しないものが出てくることは当然」と前置きをして、検討事項を挙げた。

■初・再診料

- ▼初・再診料、外来診療料の適切な評価（引き上げ）
- ▼同一医療機関における同一日複数科受診の評価 ▼かかりつけ医機能の点数引き上げ 等

■入院基本料

- ▼多種の医療従事者の人件費評価
- ▼重症度、医療・看護必要度で「Ⅱ」一本化への検証・分析
- ▼入院医療の評価体系に新たな指標導入 ▼急性期一般入院料で下位から上位への移行 等
 （以下、続く）

週刊医療情報（2019年12月27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。

介護保険事業状況報告（暫定） （令和元年6月）

厚生労働省 2019年10月2日公表

概 要

1 第1号被保険者数（6月末現在）

第1号被保険者数は、3,530万人となっている。

2 要介護（要支援）認定者数（6月末現在）

要介護（要支援）認定者数は、662.6万人で、うち男性が208.6万人、女性が453.9万人となっている。

第1号被保険者に対する65歳以上の認定者数の割合は、約18.4%となっている。

（保険者が、国民健康保険団体連合会に提出する受給者台帳を基にしたもの）

3 居宅（介護予防）サービス受給者数（現物給付4月サービス分、償還給付5月支出決定分）

居宅（介護予防）サービス受給者数は、377.8万人となっている。

（居宅（介護予防）サービスのサービス別受給者数とサービス別利用回（日）数は、国民健康保険団体連合会から提出されるデータを基に算出）

4 地域密着型（介護予防）サービス受給者数（現物給付4月サービス分、償還給付5月支出決定分）

地域密着型（介護予防）サービス受給者数は、87.0万人となっている。

（地域密着型（介護予防）サービスのサービス別受給者数とサービスの利用回数は、国民健康保険団体連合会から提出されるデータを基に算出）

5 施設サービス受給者数（現物給付4月サービス分、償還給付5月支出決定分）

施設サービス受給者数は94.6万人で、うち「介護老人福祉施設」が54.6万人、「介護老人保健施設」が35.5万人、「介護療養型医療施設」が3.5万人、「介護医療院」が1.3万人となっている。

（同一月に2施設以上でサービスを受けた場合、施設ごとにそれぞれ受給者数を1人と計上するが、合計には1人と計上しているため、4施設の合算と合計が一致しない）

6 保険給付決定状況（現物給付4月サービス分、償還給付5月支出決定分）

高額介護（介護予防）サービス費、高額医療合算介護（介護予防）サービス費、特定入所者介護（介護予防）サービス費を含む保険給付費の総額は、8,106億円となっている。

(1) 再掲：保険給付費（居宅、地域密着型、施設）

居宅（介護予防）サービス分は3,811億円、地域密着型（介護予防）サービス分は1,299億円、施設サービス分は2,484億円となっている。

（特定入所者介護（介護予防）サービス費は、国民健康保険団体連合会から提出される現物給付分のデータと保険者から提出される償還給付分のデータを合算して算出）

(2) 再掲：高額介護（介護予防）サービス費、高額医療合算介護（介護予防）サービス費

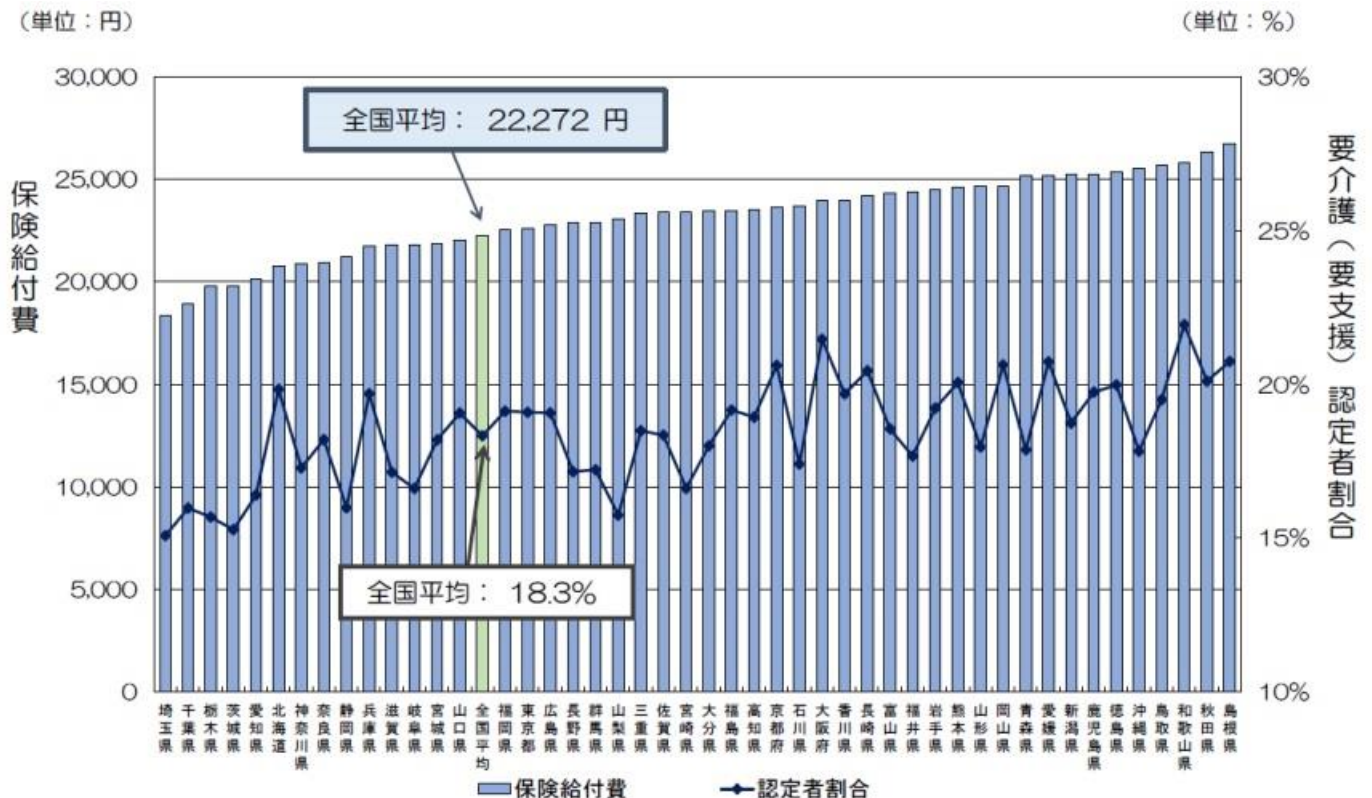
高額介護（介護予防）サービス費は187億円、高額医療合算介護（介護予防）サービス費は63億円となっている。

(3) 再掲：特定入所者介護（介護予防）サービス費

特定入所者介護（介護予防）サービス費の給付費総額は262億円、うち食費分は166億円、居住費（滞在費）分は97億円となっている。

（特定入所者介護（介護予防）サービス費は、国民健康保険団体連合会から提出される現物給付分のデータと保険者から提出される償還給付分のデータを合算して算出）

第1号被保険者一人あたり保険給付費 及び 要介護（要支援）認定者割合
 【都道府県別】



- ※1 保険給付費（第2号被保険者分を含む）には、高額介護（介護予防）サービス費、特定入所者介護（介護予防）サービス費を含む。
- ※2 要介護（要支援）認定者割合は、第1号被保険者に対する65歳以上の認定者数の割合である。
- ※3 保険給付費は、平成31年4月サービス分であり、第1号被保険者数及び要介護（要支援）認定者数は、平成31年4月末実績である。

介護保険事業状況報告（暫定）（令和元年6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



制 度 改 正

医療・介護の連携強化を図る

2020年診療報酬改定 に向けた対応

1. 2020年診療報酬改定に向けた検討と進め方
2. 医療・介護及び他医療機関との連携強化
3. 外来・在宅医療と介護連携の強化
4. 入院医療への対応と今後の経営対応策



※本レポートは、2019年6月6日（木）、（株）吉岡経営センター主催 病院経営セミナー「2020年診療報酬改定に向けた 経営戦略と具体的対応策」（講師：（株）リンクアップラボ代表 酒井 真由美氏）の講演要旨及びレジュメをベースとし、一部再構成して作成したものです。掲載の図表については、出典を明記したものを除き、全て本セミナーレジュメより再作成、または一部加工しています。

■参考資料

- 【厚生労働省】 中央社会保険医療協議会 総会（第411回） 「2020年度診療報酬改定に向けた検討項目と進め方について（案）」
 【三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社】 「地域包括ケアシステム構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業報告書」
 【関東信越厚生局ホームページ】 「在宅医療・介護連携における診療報酬と介護報酬」

1

医業経営情報レポート

2020年診療報酬改定に向けた検討と進め方

■ 2020年診療報酬改定の方向性

(1) 2018年改定の基本方針からみる2020年改定の行方

2018年診療報酬改定では、地域包括ケアシステム構築のための取組強化の一環として、多職種間連携の強化などの活動を推進してきました。この2018年改定の基本的な方向性は2020年改定においても継続させていくものと考えられます。

その中で挙げられるキーワードは、「連携」です。特に2018年は6年に一度の診療・介護報酬の同時改定年度であり、医療・介護両制度にとって重要な節目となりました。

2018年改定の基本認識として、医療機能の分化・強化および連携や、医療と介護の役割分担と切れ目のない連携を着実に進めることが重要であるとしています。

◆2018年改定の基本的視点と具体的方向性（一部抜粋）

1 地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進

【具体的方向性の例】

地域包括ケアシステム構築のための取組の強化

⇒ 再入院しないため多職種間連携でサポートする

かかりつけ医の機能の評価

かかりつけ歯科医の機能の評価

かかりつけ薬剤師・薬局の機能の評価

⇒ 一人暮らしや高齢世帯でも安心して地域で生活するための評価

医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

⇒ 担ってほしい機能、受け入れてほしい患者をより多く受け入れた場合を評価

外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進

⇒ 悪化しないための取り組みを評価

質の高い在宅医療・訪問看護の確保

⇒ 効果的・効率的で質の高い訪問診療、訪問看護等を評価

国民の希望に応じた看取りの推進

⇒ 患者本人の意思を尊重したサービスの提供を評価

(2) 2018年診療・介護報酬同時改定のポイント

2018年の診療報酬改定では、医療・介護が必要な状態になっても、住み慣れた地域のなかで、できるだけ長く暮らせるようにしたいという考えのもと、医療・介護の役割分担と連携強化、そして地域包括ケアシステムの推進が更に図られてきました。

また、重症化予防の取組の推進や質の高い在宅医療・訪問看護の確保等が進められています。

2

医業経営情報レポート

医療・介護及び他医療機関との連携強化

■ 医療機関が目指す方向性

2016 年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業）の交付を得て実施された「地域包括ケアシステム構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業報告書（調査報告：三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社）」において、サービス事業者である法人の今後の選択肢として、次の4点が挙げられています。

◆ サービス事業者の法人としての選択肢

- ①現状維持 ②法人規模の拡大 ③他事業者・法人との連携 ④経営統合

このうち、①の「現状維持」は「利用者からみた一体的なサービス提供」を前提とすると、小規模法人が現状のまま持続可能なサービス提供体制を構築していくことは、今後ますます困難になると考えられています。

一方、法人規模の大小に関わらず、②から④のいずれかの選択については、地域ニーズに応えるため、また法人の経営の持続性の観点からも不可欠なものだといえます。

◆ 各選択肢の内容

法人規模の拡大	各法人がサービス拠点あるいは施設を増やしていく方法、法人を増やしてグループ化を図る方法等、あるいはこれらの組み合わせが想定される
他事業者・法人との連携	<p>①サービス連携 継ぎ目のないサービスや多職種連携を実現するため、また生産性と経営の効率化を図るために別々の法人が協力して行う</p> <p>②組織間連携 人材確保・育成・配置、総務機能、情報システム共有、バックヤード業務の委託などを別の法人で行う ⇒ 生産性と経営の効率化を図り、経営力量を向上させることが求められる</p>
経営統合	①合併、または②事業譲渡の2つの方法がある

（出典）三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社
「地域包括ケアシステム構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業報告書」（一部加工）

3

医業経営情報レポート

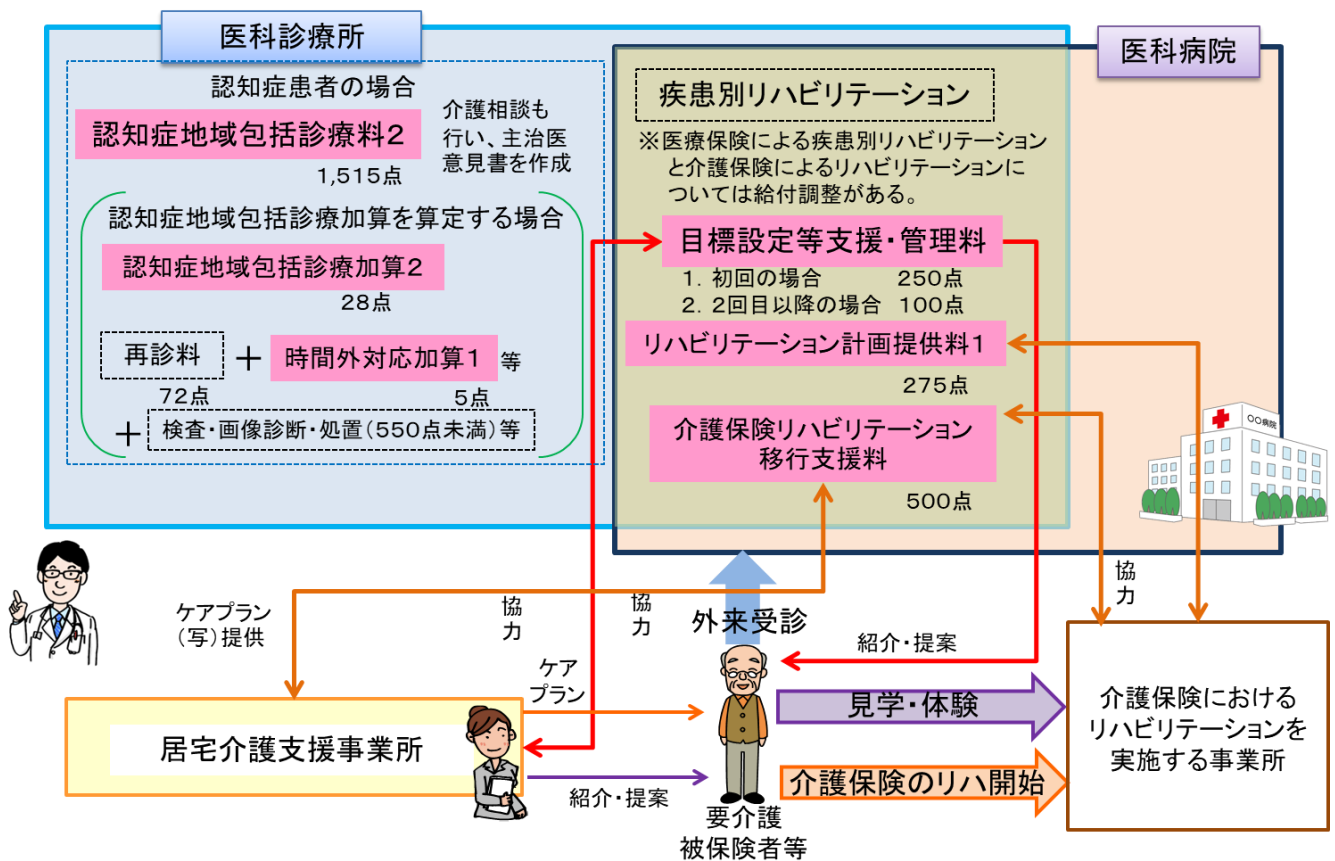
外来・在宅医療と介護連携の強化

■ 外来医療と介護連携

外来においては、認知症患者に全人的な医療を行う主治医機能を評価した報酬や、要介護被保険者等のリハビリテーションを医療保険から介護保険へスムーズに移行するための報酬など、地域包括ケア体制の実践に資する報酬があります。

患者数の維持・向上のためには、医療機関における介護部門の強化（特にケアプランの強化）や、介護との連携強化・退院支援が重要です。

◆ 外来医療の主な診療報酬算定



(出典) 関東信越厚生局ホームページ 在宅医療・介護連携における診療報酬と介護報酬

また、維持期・生活期のリハビリテーションへの対応を円滑にするため、新しく設けた共通様式を使用して、医療機関から介護保険のリハビリテーション事業所に情報提供した場合の評価の新設や、介護保険の「通所・訪問リハビリテーションの質の評価データ収集等事業(VISIT)」で活用可能な電子媒体で、計画書を提供した場合の加算を設ける等、医療と介護の連携強化に向けた取り組みを強化しました。

更に、地域の医療機関で一貫したリハビリを提供するため、施設基準を緩和しています。

4

医業経営情報レポート

入院医療への対応と今後の経営対応策

■ 入院医療はベッドコントロールがポイント

今後の入院医療で最も重視すべきなのは、ベッドコントロール（入退院調整）です。適切な入退院支援（退院計画の実行）は、入院患者と外来患者双方の確保につながります。退院支援に係る報酬の算定要件を確実に満たして算定するとともに、先行してベッドを満たす取り組みを継続することが重要です。

◆ ベッドコントロールのポイント

- ①MSW（医療ソーシャルワーカー）を中心に医師、看護師と協力して行う
- ②病床稼働率を上げる
- ③ケアマネジャー等との連携強化
- ④入退院調整に注力
- ⑤職員一人ひとりのコスト意識

◆ ベッドコントロールの具体的方法

- ①ベッドがいつ、どの程度空くのか、また、空く予定が予め分かっている場合は埋めていくことを考える。今日の予定ではなく、先の予定を埋めていくことを意識する
⇒ **ベッドコントロールで重要なのは予定管理**
- ②退院時に算定可能な報酬項目の実施予定と実施する者も予め決めておく
⇒ **可能な限り算定に繋げるようにする**
- ③退院予定があるのに入院予定が入っていない場合は、居宅支援事業所や地域包括支援センター、連携先の病院への案内等を直ちに行うようにする
⇒ **退院予定と入院予定をしっかりと把握し、ベッドが空いたままにならないようコントロールする**

後方支援病院（介護老人保健施設含む、以下「後方支援病院等」）については、ベッドコントロールのポイントの一つである病床稼働率を上げるために、急性期病院等に選ばれる後方支援病院等であることが必要となります。

例えば、入院受け入れの依頼に対し、すぐに受け入れ可能である旨を回答するケースと、時間が経過してから受け入れを断るケースとでは、相手に与える印象が大きく異なります。受け入れの打診があった場合は、可能か否かについてなるべく早く相手方に回答し、かつ適切に対応できることが求められます。

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。



ジャンル：人材・人事制度 > サブジャンル：人事評価

目標面接とは

部門管理者と職員との面談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な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。この面接では、上司と部下が話し合い、目標を定めていくかという手順が重要です。

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し、一方的な押し付けはしない
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。



ジャンル：人材・人事制度 > サブジャンル：人事評価

人事評価の進め方

人事評価の精度を高めるために、普段の評価はどのように進めればよいでしょうか。

■人事評価の進め方

人事評価の精度を上げるためには、順序よくステップを踏むことが重要です。

(1) 職務の観察

人事評価においては、職務に関する行動と、上司と部下で確認し合った職務基準に対する取り組み、およびその結果が直接の対象となります。

日常業務の中で人事評価を行う場合は、まず職務の観察から始めます。職務の観察は、日常から部下に目を配ることで可能なものであり、部下の行動をイメージでとらえたり、拡大解釈したりすることは、慎まなければなりません。

(2) 評価要素の選定

人事評価の対象となるべき行動が把握できたら、次はその行動をどの評価要素で評価していくかを判断します。これを評価要素の選定といいます。

行動を態度という要素でとらえるか、また能力でとらえるか、さらには態度のなかでも、協調性でとらえるか、責任性でとらえるかを選定します。

(3) 評価レベルの決定

最後は、評価レベルの決定です。

部下に与えた「期待し、求める基準」に対し、クリアできたかどうか、あらかじめ決められたいくつかの評価レベルのうち、どれを当てはめていくかを決めます。

■人事評価者の研修

人事評価の公平性を確保していくためには、評価者の教育が重要です。人事評価制度を運用する場合、評価者の能力や考え方などで評価結果に差が出るようでは、人事評価は成立しません。

そこで、全評価者が人事評価制度の導入目的を正確に把握し、評価方法を学ぶことを通じて、マネジメント能力を高めることが必要です。評価者教育と研修のねらいは、下記の2点です。

- 人事評価のルールを理解
- 評価基準の統一

人事評価の対象となる仕事についても、院内で同一のものはありません。また去年と全く同じでもありません。状況の変化に対応するためにも、定期的に評価者教育を行うことが必要です。

週刊 WEB 医業経営マガジン No. 605

【著 者】日本ビズアップ株式会社

【発 行】税理士法人 森田会計事務所

〒630-8247 奈良市油阪町456番地 第二森田ビル 4F

TEL 0742-22-3578 FAX 0742-27-1681

本書に掲載されている内容の一部あるいは全部を無断で複製することは、法律で認められた場合を除き、著者および発行者の権利の侵害となります。