

週刊

医業経営 ウェブマガジン

発行



本社 京都市南区吉祥院九条町 30 番地1 江後経営ビル
TEL 075-693-6363 FAX 075-693-6565
滋賀支社 滋賀県草津市野路 1-4-15 センジブルBLDGZEN5F
TEL 077-569-5530 FAX 077-569-5540
大阪支社 大阪市北区梅田 2-5-6 桜橋八千代ビル6F
TEL 06-6344-1683 FAX 06-6344-1578

1 医療情報ヘッドライン

勤務医負担軽減策、交代制の仕組みや評価等が焦点に
中医協総会 次期改定の焦点に当直明けの「激務対策」

厚生労働省 保険局

厚労省、実践的なチーム医療の事例、評価方法の素案示す
「チーム医療実証事業」の対象施設選考の参考データに

厚生労働省 医政局

2 経営 TOPICS 抜粋

統計調査資料

最近の医療費の動向 平成22年10月号

3 経営情報レポート 要約版

ストレスマネジメントから始める
医療スタッフのメンタルヘルス対策

4 経営データベース

ジャンル: 人材・人事制度 サブジャンル: クリニックの人事制度

職能給の仕組み

人事考課に期待される効果

勤務医負担軽減策、交代制の仕組みや評価等が焦点に 中医協総会 次期改定の焦点に当直明けの「激務対策」

厚生労働省保険局は3月2日、中医協総会を開き、懸案だった勤務医を含む病院医療従事者の負担軽減についての議論に入った。特に、当直明けの外来診療担当という連続勤務に焦点を置いて意見を交換し、交代制の体制や評価等が論点になった。今後、次期改定に向けた医療経済実態調査や、平成 23 年度の結果検証調査の進め方などを了承した。

この日は日医、健保連、日看協などそれぞれの委員の立場から多くの意見が出され、まず勤務状況を含めた実態調査をできるだけ多くの医療機関を対象に行うべきだとの声が大勢を占めた。厚労省は、まず実態調査によって現状を把握することを掲げ、その後「当直明けの勤務免除や交代制勤務への評価」を検討するという方針を示している。

病院勤務医の負担軽減は、ここ数年の改定で大きなテーマであり、厚労省は、次期改定における優先検討テーマの一つとして「病院医療従事者の負担軽減」を挙げている。平成 20 年度に中医協・結果検証部会が勤務医を対象に行った調査によると、勤務医の平均実勤務時間は週 61.3 時間で、平均当直回数は月 2.78 回となっており、医師の1週間あたり実勤務時間は診療科による大きな差はないが、当直回数では、その差が大きいことが分かる。特に救急科や産科・産婦人科、小児科で当直回数が多い実態が明らかになり、さらに救急科では、長時間勤務をしている医師が他の診療科よりも多い状況がうかがえる。医師が負

担を感じる業務内容としては、「当直」「時間外の外来・救急」「院内の診療外業務」「夜間の呼び出し」などが指摘されている。

そこで厚労省は、当直が長時間の連続勤務につながっているとして、当直明け勤務の免除、交代制勤務に対する評価を論点として提案した。次に、病院の取り組みとして「主治医制」と「グループ担当医制」の2つの対応例を示した。

主治医制は、すべての診療について責任を持つが、当直明けの休息時間を確保するために、別の医師が適宜診療を行うという体制である。この体制では、「診療の継続性が保たれる」、「少人数でも実現可能」というメリットがある一方、緊急時には主治医が対応しなければならず、心理的・肉体的負担の軽減効果は小さいとのデメリットが指摘される。

グループ担当医制は、複数の医師が曜日ごとにシフトを組んで診療にあたる等という体制であり、負担軽減効果が大きいというメリットがあるが、「十分な人員確保が必要」、「診療の継続性が低下」というデメリットもある。

厚労省は、実際に取り組んでいる事例を紹介し、これを受けて出席委員からは「できるだけ多くの病院が取り組める対策」とする声が出ている。

次回会合では、病院医療従事者の負担軽減、特にチーム医療や医師以外の医療従事者の負担軽減策などについて議論を行うことを予定している。

厚労省、実践的なチーム医療の事例、評価方法の素案示す 「チーム医療実証事業」の対象施設選考の参考データに

厚生労働省医政局は3月2日、チーム医療推進方策検討WG（ワーキンググループ）を開き、厚労省側から、チーム医療推進のための基本的な考え方と実践的事例集（モデル案＝報告書）が提示された。事例集は、厚労省が来年度に行う「チーム医療実証事業」で対象施設を選ぶ際の参考とするもので、同案では、28事例（栄養サポートチームや薬剤師の病棟配置など）について、目的や効果、関係職種役割などが明記されている。今回は「対象施設」の議論がなされ、委員からの様々な意見に対して厚労省側は「これを機会に（事業への参加を）挙手してもらおう」ためにも、対象施設から情報提供を受けたいとする。

事例集案では、（1）チーム医療を推進するための基本的な考え方、（2）急性期・救急医療の場面におけるチーム医療、（3）回復期・慢性期医療の場面におけるチーム医療（医療・介護の連携）、（4）在宅医療の場面におけるチーム医療（医療・介護・福祉の連携）、（5）医科・歯科の連携、（6）特定の診療領域等におけるチーム医療、（7）医療スタッフの業務の効率化・業務負担の軽減、の7項目を整理している。

実践的な事例では、近森病院や昭和大学藤が丘病院等が取り組んでいる「栄養サポートチームの取組例」、北里大学病院による「救命救急センターにおける社会福祉士の取組例」、昭和大学附属8病院における「口腔ケアチー

ムの取組例」、岐阜大学医学部附属病院の「外来化学療法におけるチーム医療の取組例」、聖路加産科クリニック等の「周産期におけるチーム医療の取組例」など28施設を紹介した。

またこの日は、チーム医療の評価方法（素案）が4項目提示された。ここでは、チーム医療を評価するための基本的考え方として、評価の視点と評価方法を示し、さらに個別のチーム医療の評価項目については、具体的な取り組みの内容に応じて設定するという案を提示している。その上で、チーム医療の評価には、（1）医療の質、（2）経済的視点、（3）患者の視点、（4）職員の視点の4つの視点を考慮してはどうかと提案した。

評価方法については、合併症の減少といった「アウトカム評価」が望ましいが、アウトカムのみでは評価困難な内容も多いことから、「プロセス評価」（推奨される治療の実践や医療資源投入量減少など）や、「ストラクチャー評価」（電子カルテ等を活用した情報共有、専門職の配置など）も併用することを提案している。素案では、4つの評価視点とこれらの評価方法を組み合わせた、NST（栄養サポートチーム）に対する具体的な評価項目例をまとめている。

WGは次回3月16日の会合で報告書をまとめ、同30日のチーム医療推進会議に提示する予定となっている。

最近の医療費の動向

平成22年10月号

1 制度別概算医療費

●医療費の推移

(単位：兆円)

	総計	医療保険適用								公費	
		70歳未満	被用者保険				国民健康保険	(再掲)未就学者	70歳以上		(再掲)75歳以上
			本人	家族							
平成18年度	32.4	17.2	9.4	4.9	4.5	7.9		13.8		1.4	
平成19年度	33.4	17.4	9.5	5.0	4.5	7.9		14.5		1.5	
平成20年度	34.1	17.7	9.8	5.2	4.6	7.9	1.3	14.8	11.4	1.6	
平成21年度	35.3	18.1	10.0	5.3	4.7	8.1	1.3	15.5	12.0	1.7	
4～9月	17.4	8.9	4.9	2.6	2.3	4.0	0.6	7.7	6.0	0.8	
10～3月	17.8	9.2	5.1	2.7	2.4	4.1	0.7	7.8	6.1	0.9	
平成22年4～10月	21.2	10.7	5.9	3.1	2.8	4.8	0.8	9.4	7.4	1.1	
4～9月	18.1	9.1	5.0	2.7	2.4	4.1	0.7	8.0	6.3	0.9	
9月	3.0	1.5	0.8	0.4	0.4	0.7	0.1	1.3	1.0	0.1	
10月	3.1	1.6	0.9	0.5	0.4	0.7	0.1	1.4	1.1	0.2	

注1. 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における審査分の医療費（算定ベース）である。

注2. 医療保険適用70歳以上には、長寿医療の対象（平成19年度以前は老人医療受給対象）となる65歳以上70歳未満の障害認定を受けた者を含む。

注3. 「公費」欄には、医療保険適用との併用分を除く、公費負担のみの医療費を計上している。

2 種類別概算医療費

●医療費の推移

(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							
平成 18 年度	32.4	26.8	12.2	12.1	2.5	4.7	0.8	0.05	13.0	16.9	2.5
平成 19 年度	33.4	27.4	12.5	12.4	2.5	5.2	0.8	0.06	13.4	17.5	2.5
平成 20 年度	34.1	27.7	12.8	12.4	2.6	5.4	0.8	0.06	13.6	17.8	2.6
平成 21 年度	35.3	28.5	13.2	12.7	2.5	5.9	0.8	0.07	14.0	18.6	2.5
4～9月	17.4	14.1	6.5	6.3	1.3	2.8	0.4	0.04	6.9	9.2	1.3
10～3月	17.8	14.4	6.7	6.4	1.3	3.0	0.4	0.04	7.1	9.4	1.3
平成 22 年 4～10 月	21.2	17.2	8.2	7.5	1.5	3.4	0.5	0.05	8.6	10.9	1.5
4～9月	18.1	14.7	7.0	6.4	1.3	2.9	0.4	0.04	7.4	9.4	1.3
9月	3.0	2.4	1.1	1.0	0.2	0.5	0.1	0.01	1.2	1.5	0.2
10月	3.1	2.5	1.2	1.1	0.2	0.5	0.1	0.01	1.2	1.6	0.2

注1. 診療費には、入院時食事療養の費用額及び入院時生活療養の費用額は含まれていない。

注2. 入院時食事療養等には、入院時食事療養の費用額に入院時生活療養の費用額を合算している。

3 医療機関種類別概算医療費

(1)医療機関種類別 医療費の動向

●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
		▲ 0.2	▲ 0.4	3.0	▲ 2.0	0.9	▲ 12.6	0.3				
平成 18 年度	0.1	▲ 0.2	▲ 0.4	3.0	▲ 2.0	0.9	▲ 12.6	0.3	▲ 2.8	3.4	12.5	
平成 19 年度	3.1	2.3	2.4	4.2	1.4	3.5	▲ 12.3	2.0	▲ 0.2	8.9	8.4	
平成 20 年度	1.9	1.1	1.4	4.6	▲ 0.0	2.4	▲ 14.1	0.3	2.6	5.3	15.9	
平成 21 年度	3.5	3.0	3.4	5.6	3.3	3.4	▲ 4.2	1.9	▲ 0.7	7.9	10.8	
4～9月	3.9	3.3	3.5	6.4	3.4	3.3	▲ 3.1	2.6	▲ 0.7	9.0	10.4	
10～3月	3.1	2.7	3.3	4.8	3.2	3.4	▲ 5.4	1.2	▲ 0.7	6.8	11.3	
平成 22 年 4～10 月	3.5	3.9	5.4	7.8	5.6	5.1	▲ 5.9	0.5	1.3	2.2	12.3	
4～9月	3.9	4.3	5.7	7.9	5.9	5.4	▲ 5.4	1.2	1.4	3.0	12.7	
9月	3.9	4.6	6.8	10.1	7.6	5.9	▲ 6.9	▲ 0.2	2.4	1.2	14.8	
10月	1.1	1.7	3.9	7.6	3.6	3.7	▲ 8.6	▲ 3.3	1.0	▲ 1.9	9.7	

注1. 病院は経営主体別に分類している。

注2. 「大学病院」には、病院のうち、医育機関である医療機関を分類している。

注3. 「公的病院」には、病院のうち、国（独立行政法人を含む）の開設する医療機関、公的医療機関（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分類している。但し、医育機関を除く。

注4. 医療費には、入院時食事療養の費用額及び入院時生活療養の費用額を含んでいる。

(2)主たる診療科別医科診療所 医療費の動向

●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 18 年度	0.3	0.4	2.3	▲ 3.1	1.2	▲ 1.1	▲ 0.9	▲ 3.7	1.5	3.7
平成 19 年度	2.0	2.2	▲ 2.4	▲ 0.3	4.1	0.1	0.5	1.0	0.9	5.2
平成 20 年度	0.3	▲ 0.7	2.4	▲ 2.4	1.9	2.5	▲ 0.2	1.6	1.7	1.5
平成 21 年度	1.9	2.7	▲ 0.2	0.7	4.1	0.3	▲ 2.3	0.7	▲ 2.0	2.4
4～9月	2.6	3.4	1.2	1.4	4.4	0.3	▲ 1.9	0.9	1.8	2.7
10～3月	1.2	2.0	▲ 1.3	▲ 0.0	3.8	0.2	▲ 2.6	0.5	▲ 5.2	2.2
平成 22 年 4～10月	0.5	0.2	0.4	▲ 3.7	1.0	1.7	0.3	2.1	3.7	1.2
4～9月	1.2	1.1	3.3	▲ 3.1	1.3	2.1	0.5	2.3	3.2	1.7
9月	▲ 0.2	▲ 1.0	▲ 4.6	▲ 3.7	1.5	2.8	1.7	3.5	▲ 1.1	1.1
10月	▲ 3.3	▲ 4.5	▲ 12.8	▲ 6.8	▲ 0.7	▲ 1.2	▲ 0.5	1.2	6.3	▲ 2.2

注. 医科診療所ごとの主たる診療科別に医科診療所を分類して、医療費を集計している。

(3)入院 医科病院医療費の動向

●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	
平成 18 年度	0.5	2.2	▲ 0.6	0.7	▲ 2.3
平成 19 年度	4.2	3.9	3.9	3.9	1.7
平成 20 年度	2.9	3.1	2.8	2.6	▲ 1.0
平成 21 年度	4.0	4.5	4.4	3.6	2.9
4～9月	4.1	4.7	4.6	3.4	3.5
10～3月	4.0	4.3	4.2	3.7	2.3
平成 22 年 4～9月	7.6	8.7	8.0	6.5	5.8
4～9月	7.7	8.6	8.1	6.7	5.9
9月	9.1	11.2	10.3	7.3	5.6
10月	7.0	9.2	7.3	5.8	5.2

注. 医療費には、入院時食事療養の費用額及び入院時生活療養の費用額を含んでいる。

ストレスマネジメントから始める 医療スタッフのメンタルヘルス対策

ポイント

- 1 医療従事者のメンタルヘルス対策の必要性
.....
- 2 メンタルヘルス不全の予防と先進事例にみる対策
.....
- 3 仕事負担度の測定とチェックリスト
.....

1 医療従事者のメンタルヘルス対策の必要性

■ 労働環境が生んだ精神科疾患の増加

近年増加している労働者の心身にかかわる健康障害は、医療機関に従事する職員でも例外ではありません。平成 18 年には、医療従事者の 5% がうつや不安障害の傾向にあるといわれています（財団法人社会経済生産性本部メンタル・ヘルス研究所調査結果より）。

平成 12 年に自殺者が 3 万人を超えて以来、過重労働・メンタルヘルス不全などによる精神科疾患の増加は、社会問題として対策が進められています。既に「自殺防止対策基本法」が制定されており、また平成 20 年度診療報酬改定において「心の問題への対応」がポイントのひとつに挙げられたことから、その重要性が理解できます。職場における労働者の安全と健康の確保に対する取り組みは、医療従事者の労働環境においても早急に体制整備が求められているといえるでしょう。それは、小規模組織である診療所であっても例外ではありません。

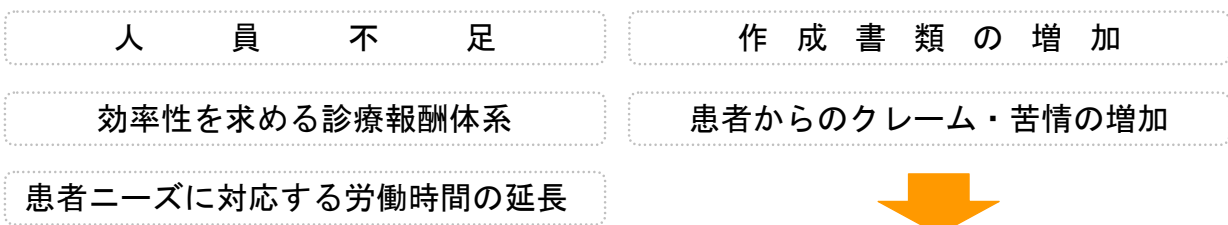
■ 医療従事者は潜在的に有病率が高い

医療機関に従事する職員にも、近年うつ病罹患率が増加しており、これは医療現場の労働環境が悪化していることが要因のひとつとして挙げられています。

しかし医療従事者は、実は潜在的に精神科疾患の予備軍が多いことも指摘されています。日々の業務では過度の緊張にさらされ、生命と健康を背負う大きな責任の下で業務を遂行するために、自覚症状を持たないまま発症するケースも少なくありません。

特に、日常では患者に対して早期発見の重要性や予防の心がけを訴えている医療従事者自身は、自分のことはないがしろにしてしまいがちですから、管理者が日常から職員の様子に気を配る必要があるでしょう。

◆医療現場の環境悪化要因として挙げられる項目



本来は構造的に根本的解決を図ることが**急務**であり、**最大の目標**
∴ 中期的に取り組むことが必要で、直ちに劇的な効果は期待できない
⇒ 現場の職員自身が自分たちの健康を守るために精神科疾患の原因を予防する

2 メンタルヘルス不全の予防と先進事例にみる対策

■「4つのケア」を推進する事業者の役割

平成 18 年 4 月 1 日施行の改正労働安全衛生法においては、過重労働・メンタルヘルス対策として、医師による面接指導制度の導入、事業者による自主的な安全衛生活動促進のための危険性・有害性の調査努力義務化などが定められました。これは、厚生労働省がとりまとめた「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針（平成 12 年）」を受けて具体化された事項が示されたものです。

この指針における基本的な考え方で重要なのは、事業者の役割が明確化された点です。事業者は、事業場におけるメンタルヘルスケア推進に向けて「心の健康づくり計画（*）」を策定するとともに、その実施に当たっては、関係者に対する教育研修・情報提供の実施と、「4つのケア」推進によって職場環境等の改善、メンタルヘルス不全への対応、職場復帰のための支援が円滑に行われるような体制づくりを重視すべきとされています。

（*）メンタルヘルスケアに関する事業場の実態と必要性に応じて、その問題点を解決する具体的取組事項に関する基本的計画

◆「4つのケア」の具体的定義

①セルフケア

労働者自身のストレスへの気づき、対処

②現場管理者によるケア

現場の管理監督者による職場環境等の改善および心の健康への日常的配慮、相談

③事業場内産業保健スタッフによるケア

専門スタッフや人事労務管理部門によるセルフケア等の支援と日常的な健康管理活動等

④地域産業保健センター等によるケア

事業者が依頼して外部機関や専門家が行う支援活動

(1)事業者の役割が重要視される背景

事業者の役割を重視し、積極的なメンタルヘルス対策を推進すべき存在として位置づけた背景には、過重労働による健康障害や過労自殺の労働災害認定件数の急増があります。90 年代半ばからは、うつ病等の精神科疾患や自殺者の労働災害認定申請が増加しており、これらを受けて、メンタルヘルス不全および自殺に関する業務上外の判断基準が全面的に見直され、平成 13 年 12 月には「脳・心臓疾患業務上外の判断基準を変更する通達」、翌年 2 月に「過重労働による

健康障害防止のための総合対策について」が公表され、時間外労働の削減や健康管理措置の徹底を事業者に求めることとされました。

さらに平成 18 年 3 月には、この総合対策の内容を改め、労働基準局長通達として新たな「総合対策」が示されるに至り、日本医師会を含む全国の事業者団体に対し、対策の周知と措置の実施指導に関する配慮を申し入れています。

このような労働環境改善および管理は、事業者の「安全配慮義務」として要求されています。そして近年では、当該義務の範囲が時間外労働の管理にとどまらず、その予防から職場復帰までを総合的に、かつ組織的に対応すべきとして拡大されてきたのです。

◆【参考】過重労働と脳・心臓疾患との関連性

時間外労働時間	月 45 時間以内	時間の経過とともに健康障害リスクは徐々に高まる	月 100 時間又は 2～4 ヶ月 平均で月 80 時間超
健康障害リスク	低い		高い

(2) 医療機関の実情と現場へ活かすポイント

一般企業における取り組みに比べて、医療機関においては、組織的なシステムづくりが進んでいないのが事実です。よって、多くの診療所や病院では、医療従事者であるがゆえに健康管理やストレスマネジメントは自己管理の範囲であるべきもの、という考え方が、なお一般的だと思われます。

① 管理者自身が認識した時点で直ちに対応する

同僚等を通じて職員の不調を知った場合、周囲に状況をヒアリングした上で、本人との面談を速やかに実施する

② 「様子を見る」だけではなく精神科疾患か否かの判断を行う

励ましは控えるべきであっても、医学的対応を要する状況下の判断基準は確立しておき、これに基づき、状況に応じて受診を勧めるなどの対応を行う

ストレス管理の基本：医療従事者の安全（心身の健康）＝ 医療安全

3 仕事負担度の測定とチェックリスト

■ 早期離職はストレスとコミュニケーションに要因がある

一般企業では、新入社員の早期離職を防ぐために全社的な対策を行っているところも少なくありません。実際の対策内容として、「新入社員の希望と配属先とのマッチング配慮」、「メンター制度導入」のほか、新入社員がメンタル不調に陥ってしまうケースでは、「定期的にストレス調査実施」、「産業保健スタッフ等を活用」等のメンタルヘルス対策を実施している企業もあります。早期退職が多い組織では、本人のストレス耐性の弱さのほかにコミュニケーションに問題がある場合が指摘されています。

しかし、これらの項目への取り組みは、小規模組織である診療所においては実現が困難であり、また医療現場であることで逆に職場のコミュニケーションをより良くしたり、上司のマネジメントを適切に機能させたりといった「快適な職場環境確保策」が一層重要になるのです。

■ 仕事負担度を把握して健康障害を防止する

疲労蓄積を原因とする心身の健康状態低下と健康障害防止の視点から、チェックリストを利用して仕事による負担度および疲労蓄積度を判定し、勤務状況を改善する必要があるかどうかを把握することも必要です。

このため、職員自身が行う「自己診断チェックリスト」と職員家族が行う「疲労蓄積度チェックリスト」の2種類のサンプルが厚生労働省より公開されています（平成16年6月）。特に時間外労働時間が45時間を超える職員に対しては、このようなチェックリストを活用して定期的に調査を実施し、働き方と休養に関して相談することを検討すべきでしょう。

また、仕事負担度の大きさについて自覚症状がない職員は、労働環境や勤務状況を改めることがなければ、いつの間にか健康障害を生じて、病欠や休職・退職してしまうケースもあります。スタッフの人数が少ない診療所にとっては大きな影響を及ぼすこととなりますから、リスクマネジメント活動の一環として取り組むべき問題なのです。

経営データベース ①

ジャンル: 人材・人事制度 > サブジャンル: クリニックの人事制度



職能給の仕組み

職能給の昇給方法には、どのようなものがあるのでしょうか。



職能給の昇給方法には、昇格した際に行う昇給と、同一等級内での昇給の2つがあります。いずれも人事考課の結果を反映して、昇給が行われます。

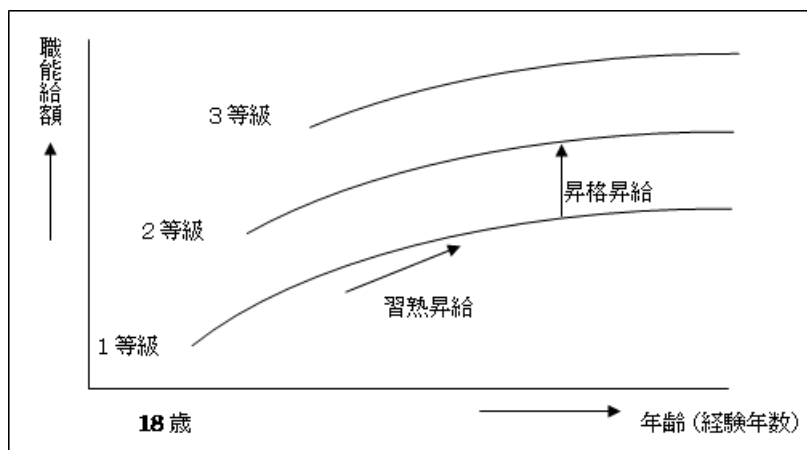
(1)昇格時昇給

昇給には、上位等級に昇格した際に実施する方法があります。例えば、4等級から5等級へ昇格した場合に、2,500円昇給させるといったものです。これは等級間に賃金格差を設けるための機能があります。

(2)同一等級内の昇給(習熟昇給)

職員は、毎年上位等級へ昇格するとは限らないため、等級は据え置かれても、その等級内の仕事や能力に深まりがみられた場合には、昇給を行います。通常は、等級内の号俸という形式で賃金が決定されており、号俸が上がることによって昇給することになります。

この昇給は、毎年昇給する定昇部分に該当するものです。



昇格時昇給への配分を大きくすると、社内賃金の格差が広がり、職員にとっては刺激的なものになります。一方で、同一等級内の昇給への配分を大きくすると、年功的な昇給になります。

つまり、職能給は「昇格昇給」と「習熟昇給」の二つの要素で構成されており、昇格昇給がないと年功給的なものとなり、また習熟昇給がなければ厳しい職務給的なものとなります。

経営データベース ②

ジャンル: 人材・人事制度 > サブジャンル: クリニックの人事制度



人事考課に期待される効果

当院でも人事考課制度を導入し、昇給や賞与、あるいは昇進に活用したいのですが、具体的にどのような効果が得られますか。



考課基準と考課ルールを明確にし、公正な人事考課を行うことは、組織内における職員の活性化を図ることにつながります。

人事考課は、職員一人ひとりについて役割、職務、責任を果たしているかどうか、自院の期待する水準に照らし合わせて評価する制度です。

例えば、「やってもやらなくても、処遇は変わらない」のであれば、職員のモチベーションはあがらず、自身の能力開発や、自院のサービス向上に取り組む意欲が持てない、という状況に陥りがちです。

このような状況を排除し、組織を活性化させるとともに持続的成長を図るためには、人事考課制度の導入が効果的です。

■人事考課制度の具体的内容

- 職員一人ひとりについて、会社が求める期待像（役割、任務、責任）を明確にする。
- 職員がその期待像に沿っているかどうかを定期的に評価する。
- 評価の結果を、面接等を通じて職員にフィードバックし、昇給、賞与、昇進等の処遇の決定および能力開発に反映させる。

■その主な効果

- 職員の能力と実績に応じた公正な人事管理ができる。
- 能力と実績に応じた処遇を行うことにより、職員と職場の活性化が図られる。
- 適正配置が達成でき、モチベーションの向上と業務の効率化の推進に資する。
- 職員の能力開発が進められる。