

2011.7.26

週刊WEB

# 医療経営マガジン

## 1 医療情報ヘッドライン

「災害医療等のあり方に関する検討会」初会合  
災害拠点病院、食糧・燃料備蓄、通信手段確保など急務

厚生労働省 医政局

家族介護 64%、依然として高水準で推移  
平成 22 年 国民生活基礎調査の概況

厚生労働省

## 2 経営TOPICS

統計調査資料

最近の医療費の動向 平成23年2月号

## 3 経営情報レポート

「モンスターペイシエント」に屈しない  
組織で取り組む院内暴力への対応策

## 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:賃金制度

総額人件費管理の必要性

総額人件費の配分

発行

 **京都税理士法人**  
KYOTO CERTIFIED TAX ACCOUNTANT COMPANY

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 1-4-5 センゾビル BLDG ZEN 5F  
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

## 「災害医療等のあり方に関する検討会」初会合 災害拠点病院、物資備蓄、通信手段確保など急務

厚生労働省医政局は7月13日、「災害医療等のあり方に関する検討会」の初めての会合を開いた。この検討会は、東日本大震災による被災地の病院への医薬品や食料の供給不足、燃料備蓄、通信手段の確保等の多くの問題を受け、その教訓を基に災害医療の在り方を考えるために設けられた。厚労省発表によると、東日本大震災で岩手、宮城、福島県にある380の病院施設のうち290の施設が全壊、もしくは一部損壊するなどの被害を受けた。

初の検討会では、震災で明らかとなった災害時医療の問題や災害派遣チーム「DMAT」の役割について、今後、議論を重ね、年内をめどに意見をまとめる方針が確認された。厚労省は検討会での意見を参考にして、今年12月までに災害拠点病院の指定要件を見直す方針を明らかにしている。

東日本大震災では、災害派遣医療チーム(DMAT)が発災後初期から救急医療に適切に対応するとともに、災害拠点病院も被災地の診療拠点として大きな役割を果たした。一方で、ライフラインの途絶等により医薬品等の物資の供給が不十分で、診療機能に影響が出た医療機関もあるなど、震災後数ヵ月単位での継続的な医療や介護等の支援体制が必要となっている。

この検討会は今後、災害医療の在り方や災害時の医療体制の充実、災害医療におけるD

MAT及び災害拠点病院の役割、災害時における医療機関等の連携について検討される。

また、同日、東日本大震災における病院の被害状況や「広域災害救急医療情報システム(以下、EMIS)」の使用状況、災害拠点病院の被害状況などが報告された。

災害拠点病院は、平成8年から整備を開始し、平成23年1月1日現在までに609病院を指定している。岩手・宮城・福島の3県では33病院が指定を受けており、震災により32病院が一部損壊した。そのため、建物耐震性や災害時の通信手段の確保(衛星電話等)、EMISの接続強化が必要としている。

EMIS未導入の宮城県では、災害発生後、直ちに入力すべき建物・医療施設の被害状況等に関する情報の「緊急時入力」が大幅に遅れたほか、電話回線、インターネット回線の断裂によりEMISが一時接続不能となったという報告が挙げられ、今後の課題とされた。参考人として出席した宮城県・気仙沼市立病院の横山成邦医師は、「自家発電の燃料が足りず、津波で流れてきたタンクローリーから重油を抜き取って対応したが、患者の命を守るには十分な燃料の確保が不可欠だ」などと訴えた。

## 家族介護 64%、依然として高水準で推移 平成 22 年 国民生活基礎調査の概況

厚生労働省大臣官房は7月13日、平成22年国民生活基礎調査の概況を発表した。この調査は、保健、医療、福祉、年金、所得など国民生活の基礎的事項を調べ、厚生労働行政の基礎資料とするもので、3年に1度大規模調査、中間年に小規模調査が行われている。

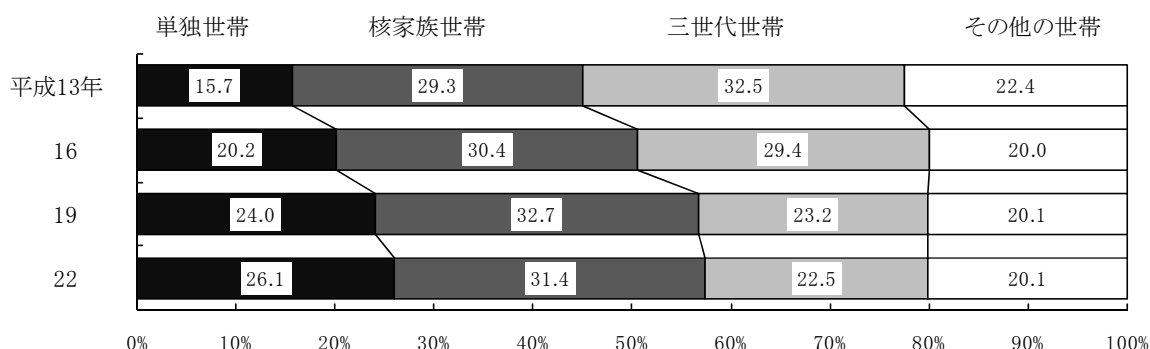
平成22年6月3日現在の世帯総数は、4,863万8,000世帯。世帯構造別に見ると、「夫婦と未婚の子のみの世帯」が1,492万2,000世帯、「単独世帯」が1,238万6,000世帯、「夫婦のみの世帯」が1,099万4,000世帯となっている。「高齢者世帯」は1,020万7,000世帯で、全世帯の21.0%、うち「65歳以上の者のいる世帯」は2,070万5,000世帯で、全世帯の42.6%を占めている。

世帯の所得等の状況を見ると、全世帯では549万6,000円で、平成6年より徐々に低下傾向にある。一方で、高齢者世帯では307万9,000円で、平成10年より下がってはいるが、大きな増減なく推移していることがうかがえる。

次に、世帯員の健康状況を見ると、有訴者率（病気・けがで自覚症状のある者が、人口1,000人あたりどの程度いるか）は322.2で、性別では男性286.8、女性355.1という具合だ。通院者率（傷病で通院している者が、人口1,000人あたりどの程度いるか）は370.0で、性別では男性348.1、女性390.4となっている。傷病別では、男女とも高血圧の通院者率がもっとも高くなっている。

また、介護の状況では、要介護者のいる世帯は核家族世帯では31.4%、単独世帯26.1%、三世帯世帯22.5%という状況で、主な介護者は同居者64.1%、事業者13.3%、別居家族9.8%となっており、家族介護の割合が年々低下してはいるものの、依然として高い。また、同居者の内訳では、配偶者、子の配偶者、子という順になっている。さらに同居介護者の介護時間は、要介護3以上では「ほとんど終日」という答えが3~5割にのぼっている。

### ■世帯構造別にみた要介護者等のいる世帯の構成割合の年次推移



# 最近の医療費の動向

平成23年2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	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4～2月	33.4	16.9	9.3	4.9	4.4	7.6	1.3	14.8	11.6	1.7	
4～9月	18.1	9.1	5.0	2.7	2.4	4.1	0.7	8.0	6.3	0.9	
10～2月	15.3	7.8	4.3	2.3	2.0	3.4	0.6	6.8	5.3	0.8	
1月	3.0	1.5	0.9	0.5	0.4	0.7	0.1	1.3	1.1	0.2	
2月	3.0	1.5	0.9	0.5	0.4	0.7	0.1	1.3	1.0	0.1	

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 4～12 月	33.4	27.0	12.9	11.8	2.4	5.5	0.8	0.07	13.6	17.3	2.4
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
10～2月	15.3	12.3	5.9	5.4	1.1	2.6	0.3	0.03	6.2	8.0	1.1
1月	3.0	2.5	1.2	1.1	0.2	0.5	0.1	0.01	1.3	1.6	0.2
2月	3.0	2.4	1.1	1.0	0.2	0.5	0.1	0.01	1.2	1.5	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 サービス
		医科 病院	大学 病院	公的 病院	法人 病院	個人 病院	増減	増減				
平成 18 年度	0.1	▲ 0.2	▲ 0.4	3	▲ 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	▲ 0.2	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	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	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 4～2 月	3.8	4.1	5.6	8	5.8	5.3	▲ 6.0	0.8	2.3	2.9	12.4	
4～9月	3.9	4.3	5.7	7.9	5.9	5.4	▲ 5.4	1.2	1.4	3	12.7	
10～2月	3.6	3.8	5.4	8.4	5.5	5.1	▲ 7.0	0	4.3	2.7	11.7	
1月	6.4	6	7.3	10	7.6	6.8	▲ 5.1	3.3	8.4	7	14.8	
2月	3.6	3.6	5.1	7.4	5.4	4.8	▲ 7.2	0.3	3.7	3.2	10.8	

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 4～12 月	1.3	0.9	2.0	▲ 2.9	2.0	2.5	1.3	2.2	6.3	1.5
4～9月	1.2	1.1	3.3	▲ 3.1	1.3	2.1	0.5	2.3	3.2	1.7
10～2月	1.4	0.8	0.7	▲ 2.6	2.8	3.1	2.2	2.0	9.9	1.3
1月	3.6	4.4	13.0	▲ 1.0	1.8	4.4	3.0	▲ 1.1	8.6	1.6
2月	3.9	4.4	14.6	▲ 0.5	3.3	3.3	2.3	2.2	4.3	1.9

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：%)

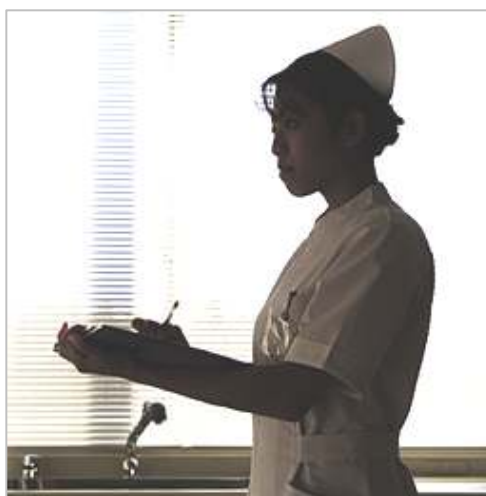
	医科病院				
	大学病院	公的病院	法人病院	個人病院	
平成 18 年度	0.5	2.2	▲ 0.6	0.7	▲ 2.3
平成 19 年度	4.2	3.9	3.9	3.9	1.7
平成 20 年度	2.9	3.1	2.8	2.6	▲ 1.0
平成 21 年度	4.0	4.5	4.4	3.6	2.9
4～9月	4.1	4.7	4.6	3.4	3.5
10～3月	4.0	4.3	4.2	3.7	2.3
平成 22 年 4～12 月	7.7	8.4	8.2	6.5	6.4
4～9月	7.7	8.6	8.1	6.7	5.9
10～2月	7.6	8.2	8.3	6.3	7.0
1月	7.4	8.9	8.1	6.1	7.1
2月	7.0	7.0	8.0	5.8	6.0

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。

# 「モンスターペイシエント」に屈しない 組織で取り組む院内暴力への対応策

## ポイント

- 1 医療現場に増加するモラル欠如によるトラブル
- 2 職員が直面している精神的・身体的暴力の実態
- 3 損害の拡大を防ぐ適切な対応ポイント
- 4 病医院として求められる組織的対応策の整備



# 1 医療現場に増加するモラル欠如によるトラブル

## ■ モンスターペイシェントに見え隠れする院内暴力増加の実態

安全で質の高い医療を提供するためには、職員・スタッフが安全な環境で働くための院内整備が重要な取り組み課題のひとつです。一方では、医療機関職員が患者から暴言を浴びせられたり、身体的暴力行為を受けたりする「院内暴力」が社会的問題として取り上げられています。

病気や症状で苦しんでいる患者が、治療や予後に対する不安やストレスから医療者側に不満をぶつける事態は従来からみられたケースですが、そうした「患者支援の範囲」を超越する暴言や暴力行為が増加しているのが現状です。それとともに、「モンスターペイシェント」と呼ばれる患者が増えています。

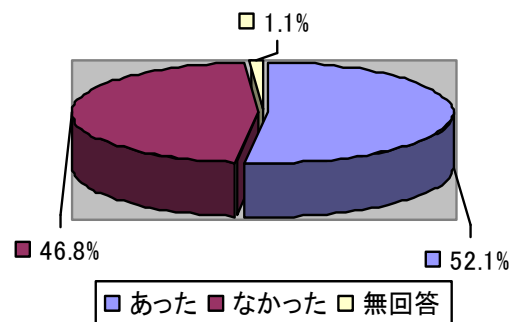
## ◆ 院内リスク管理体制に関する医療機関の実態

\* 調査期間：2007年12月20日～2008年1月31日

\* 調査対象：全国2,248病院、うち回答1,106病院（有効回答率49.2%）

### ■ 過去1年間における職員に対する院内暴力（身体的暴力・精神的暴力）の有無

選択肢	回答数	割合
あった	576	52.1%
なかった	518	46.8%
無回答	12	1.1%



### ■ 過去1年間における職員に対する院内暴力と暴言等の発生件数

内容	当事者	件数（合計）
身体的暴力	患者本人	2,253
	家族・親族・患者関係者	62
精神的暴力	患者本人	2,652
	家族・親族・患者関係者	784
セクシャルハラスメント	患者本人	900
	家族・親族・患者関係者	35
その他	患者本人	173
	家族・親族・患者関係者	23
合計		6,882

出典：2008年4月21日 社団法人 全日本病院協会「院内暴力など院内リスク管理体制に関する医療機関実態調査」



## 2 職員が直面している精神的・身体的暴力の実態

### ■ 職員に生じた院内暴力の実例

従来、身体的暴力行為を中心とする院内暴力においては、救急外来や精神科等の特定の場所で起こることが多いという認識が一般的でしたが、最近では内科系診療科や人間ドック等の健診施設、あるいは介護関連施設等では言葉の暴力の発生率が上昇している現状があります。

よって、医療機関であれば、診療科目や規模に関わらず、いずれの現場であっても院内暴力が発生する可能性があるにとらえ、対応に取り組む必要があるのです。

#### (1) 暴言～言葉の暴力の例

- 少しでも待ち時間が長くなると「いつまで待たせるのだ」と怒鳴る
- 無理な要求を断ると「訴えて、全員辞めさせてやる」と罵倒する
- 経過観察のためしばらく院内での安静を求めると「用事があるので早く帰せ」「上司を出せ」と大声を出す
- 患者の家族からの問い合わせに対し、詳しい病状は電話口では説明できないと対応した際に「次に行ったら覚えていろ」と怒鳴る

このほか、受付職員に対して必要以上に声をかけ業務に支障をきたす行為や、性的な話題を持ち出すなどセクシャルハラスメントに該当する行為などもみられます。

また、患者家族が繰り返す過剰なクレームや、モラルを欠いた問題行動によって業務を妨害したり、他の患者や来院者に対して不快な思いをさせたりするなどの行為が長期間にわたって行われたために、やむなく医療機関（管理者）側が法的手続に踏み切った事例があります。

### ■ 精神的な院内暴力は表面化しにくい傾向がある

院内暴力の当事者の多くは患者本人であり、さらに、その大部分が加害者になるケースが多くなっています。患者の家族・親族など関係者が起こす場合もありますが、暴言など「精神的暴力」が「身体的暴力」より多い傾向にあるのが現状です。それは、医療従事者にとって、精神的暴力として認識される暴言や、難クレームが多いということも意味しています。

一般に、加害者が暴言や暴力行為を意識的に行う場合は、報復が困難だと感じる相手を選択する傾向があるといわれています。しかし近年では、自身の思い通りにならないことだけを理由として、受付や会計時に職員を罵倒したり、相手を選ばずに理不尽な要求を突きつけつづけたりする患者や家族等が増えています。

### 3 損害の拡大を防ぐ適切な対応ポイント

#### ■ 保安対策として実施されている事例

院内における暴力行為や暴言等の防止を目的とした保安対策として実施されている取り組みには、次のようなものがあります。現実には直面している院内暴力の発生頻度や潜在するリスク度合、医療機関の規模と病床の有無によっても具体的対策における選択肢は変わります。

#### ◆ 院内暴力等防止のための保安対策事例

- 監視カメラ設置（防犯ビデオの撮影） → ダミー機械の設置を含む
- 暴言、暴力・危険行為等、セクシャルハラスメントに対する確固たる姿勢の明示  
→ 例）場合によっては警察通報等の手段を選択するなどのポスター掲示
- 警備委託先への非常通報手段の拡大（通報ボタン・電話等）
- 職員の単独勤務時間の回避および短縮
- 過去の暴言、難クレーム、暴力等の行為歴ある患者のスクリーニング作業
- 制止目的に使用できる器具の常備

#### ■ 暴力等行為の被害者への対応

言葉の暴力や身体的暴力が発生した際には、①被害者の保護を最優先する、②その場で迅速に対応する、という2点が重要になります。

尚、セクシャルハラスメントや訪問看護等の院外で発生した暴力等については、院内における対応とは異なり、さらに慎重なケアが必要です。

#### (1) 被害者となった職員等がとるべき対応

患者や来院者から激昂した言葉を浴びせられたり、肩や腕をつかまれるなどの行為を受けたりした場合、対応した職員・スタッフは動揺が先にたち、適切な対応をとることは困難であると思われれます。

しかし、患者が加害者である場合には、職員は自身の安全を確保しながら落ち着いて会話ができる環境に誘導することを優先します。それは、周囲にいる他の患者へのマイナスの影響を最小限に食い止める意味においても重要です。

さらに、暴言や暴力行為等について、当事者や状況事実（客観的事実のみ）、発生日時を記録し、後日事後対応で行う加害者との面談に活用したり、事例としてデータベース化による院内周知資料としたりするなど、発生防止に役立てることが必要です。

## 4 病医院として求められる組織的対応策の整備

### ■ リスクマネジメントの手法を用いて対応に臨む

院内で生じる暴言や暴力等に対しては毅然として臨み、加害者以外の職員と患者や家族等の来院者の安全を確保するためには、院内暴力もリスク要因として捉えて、安全管理対象の一類型に位置づけると共に、リスクマネジメント手法を用いるべきであることを認識しなければなりません。その上で、組織として院内暴力に対応する体制を構築する必要があります。

### (1) 院内暴力を想定した安全管理体制構築のポイント

医療安全を重視する傾向がありますが、暴言・暴力行為の発生もリスクととらえて、下記の点に留意して組織体制を整備します。

- 院内の組織風土づくり（過度の暴言、暴力行為を容認・黙認しない）
- 警備・保安体制の整備（業務委託等の活用を含む）
- 相談担当者の選任と周知
- 安全管理者（リスクマネジャー）の活用
- 対応・防止マニュアルの整備
- 教育・研修の実施

### ■ 暴力対応研修と発生後のフォローの重要性

苦情やクレーム対応については、担当部署あるいは担当者が決められていることが多く、研修は限られた職員のみが受講することになりがちですが、院内暴力対応研修は、全ての職員に対して実施しなければなりません。それは、暴言や暴力行為に至るメカニズムを理解したうえで、これを回避する方法や能力を習得し、適切な対応をとれるようにしておく必要があるためです。

したがって、新入職員オリエンテーションや年間研修スケジュールに組み込み、定期的な実施を継続していくことが求められます。

### ◆ 研修プログラムに盛り込むべき内容

- 暴言・暴力に関する基本的知識
- 暴言・暴力に関するリスクマネジメント
- 院内暴力をめぐる現状の周知と理解
- 暴力等発生を回避、緩和するコミュニケーション能力の育成
- 身体的危機の回避対処法 等

# 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: 賃金制度



## 総額人件費管理の必要性

収入減のため、人件費が経営を圧迫しています。今後、経営を継続していくために必要な人件費コントロールのポイントについて教えてください。



### ■総額人件費管理による人件費のコントロール

医療を取り巻く厳しい経営状況の中で、勝ち組病院として生き残るためには、高コスト体質からの脱却を図ること、特にコストの大半を占める人件費を、いかにコントロールできるかが重要です。

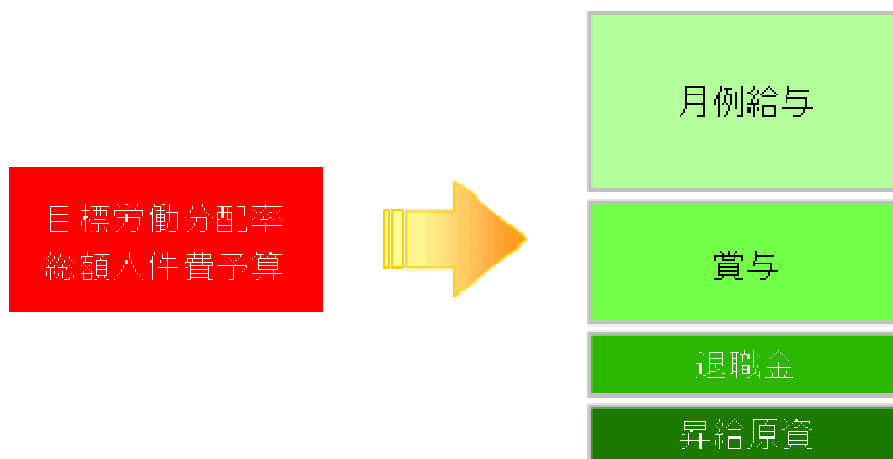
また、その際には、単に人件費の削減を実施するだけではなく、少なくとも年度経営計画において病院業績と総額人件費の関係を明記し、業績と総額人件費の連動を明らかにすることによって、人件費の適正化を目指す計画づくりが必要です。

人件費適正化を実現するためには、役割を果たし病院に貢献できた職員とそうでない職員を明確にしたうえで、貢献した職員に人件費原資を多く配分するシステムが必要です。

さらに、総額人件費の予算化を検討する前には、その内訳を明確にしておくことが求められます。厚生労働省は、「賃金労働時間制度等総合調査報告」において、下記のような分類を示しています。

まず、総額人件費を「現金給与総額」と「現金給与以外の人件費」の2つに分けた上で、「現金給与総額」を「所定内給与」、「時間外手当」と「賞与一時金」に分類しています。また、「現金給与以外の人件費」を「退職金等」、「法定福利費」、「法定外福利費」、「現物給与」、「教育訓練費」、「その他」に細分類しています。

つまり、総額人件費とは、職員に関わる費用全てを含めて考えることが必要であり、総額人件費の予算化に際しては、この分類全てについて予算を立て、管理していくことになります。



# 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: 賃金制度



## 総額人件費の配分

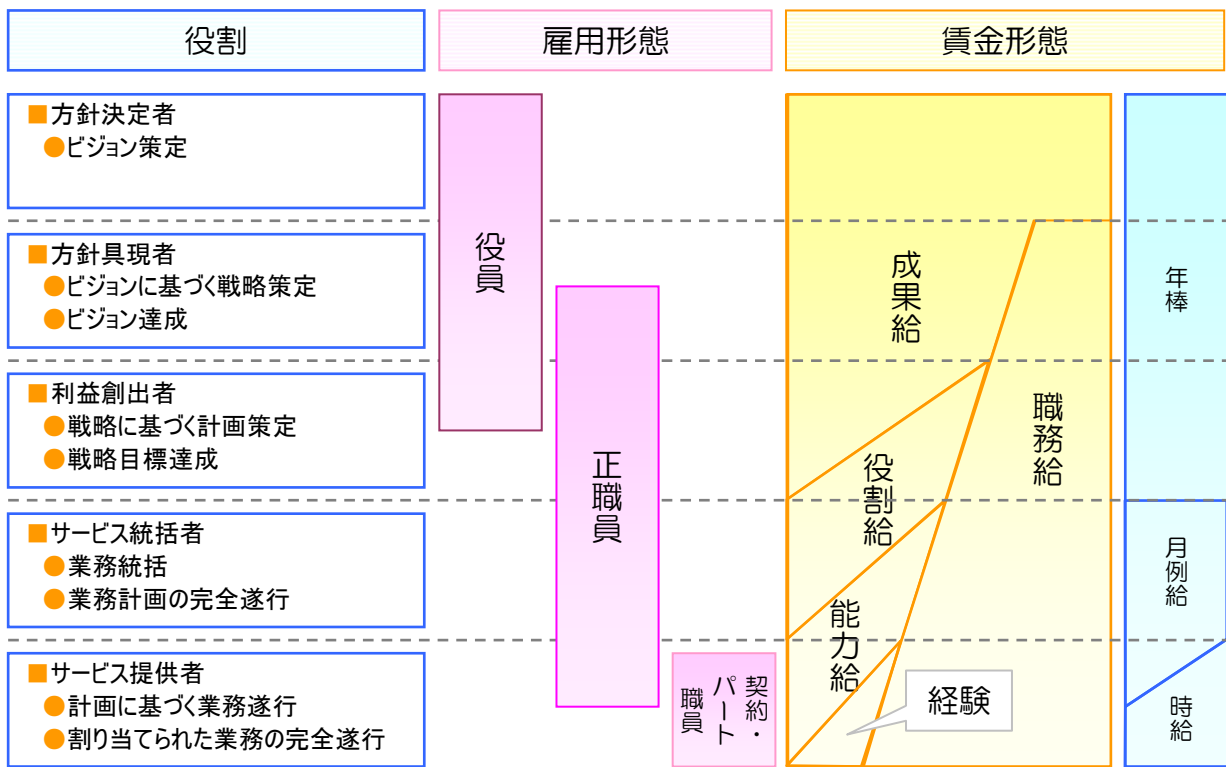
予算化した総額人件費は、どのように職員へ配分すればよいでしょうか？



### ■職員への配分は、各人の役割を基準に

総額人件費予算が固まれば、次は総額人件費を職員にどのように配分していくかを検討する必要があります。

適正配分を行うためには、年功序列型の賃金体系をまず改めなければなりません。ここで、個人の評価や病院の業績が賃金に反映させる仕組みを構築していきます。



上図は、各々の役割に対する賃金体系を示したものです。ここで示すように、上部の階層ほど役割給と成果給の比率が上がり、一方で、能力給や経験給、職務給といった賃金が下がるように設計します。

これは、各々の階層において、その役割の達成が具体的にどのような基準を持って果たされ得るかを意味しています。