

人員配置と報酬基準が収益のアップセルを生む根幹 ～収益改善を図るための人員管理とは～

ともにコンサルティングオフィス
富士本社会保険労務士事務所

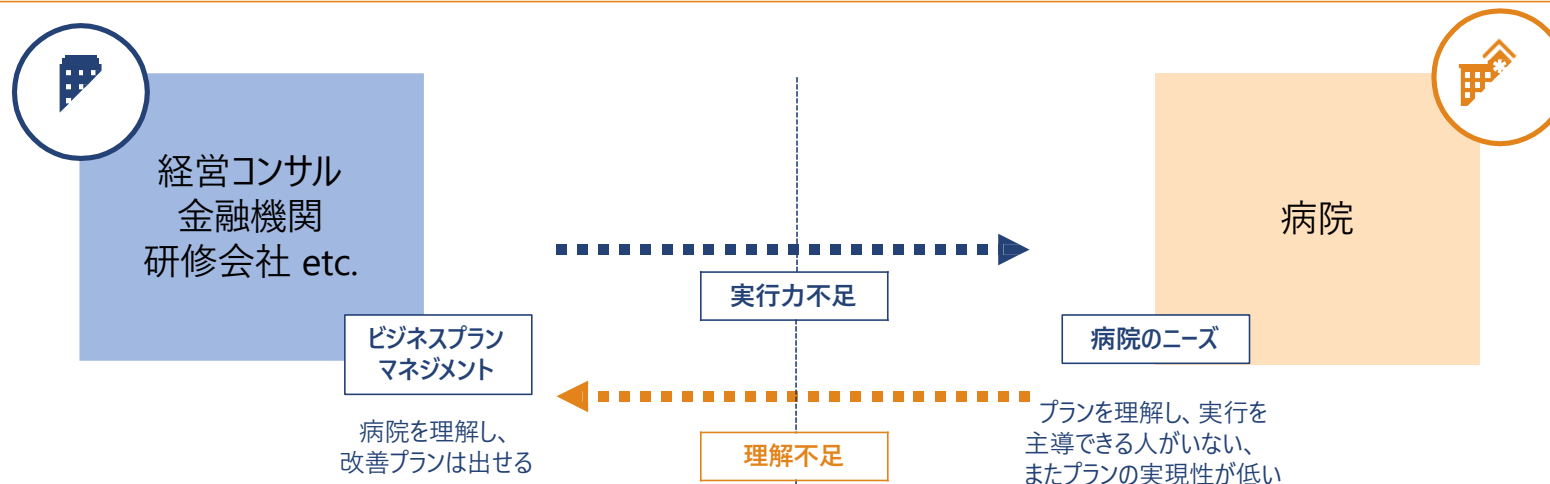
社会保険労務士
富士本 大祐

本日の内容

1. 病院経営と人事の関係
2. 収益改善を図るための人員配置管理
3. 事業計画を実現するための採用活動

1. 病院経営と人事の関係

いま起きていること ～なぜ病院の経営改善が進まないのか？

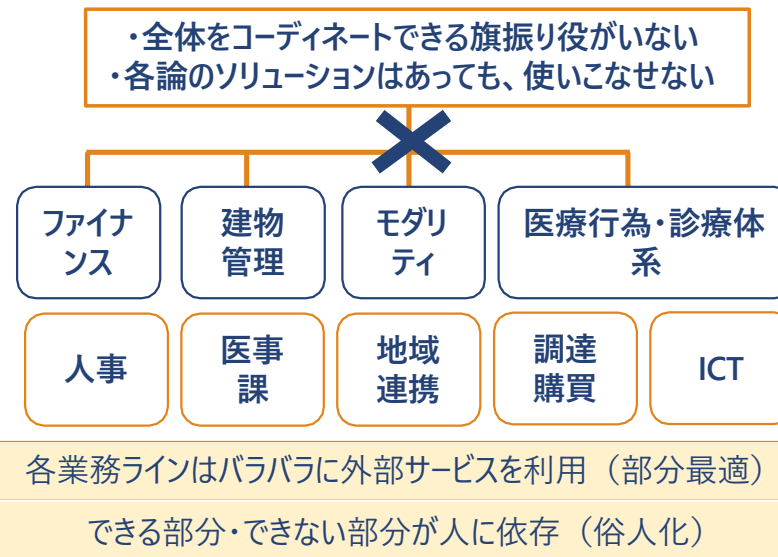


第1フェーズ = 絵を描く段階での壁

10年前：病院経営を理解しているコンサルが不在

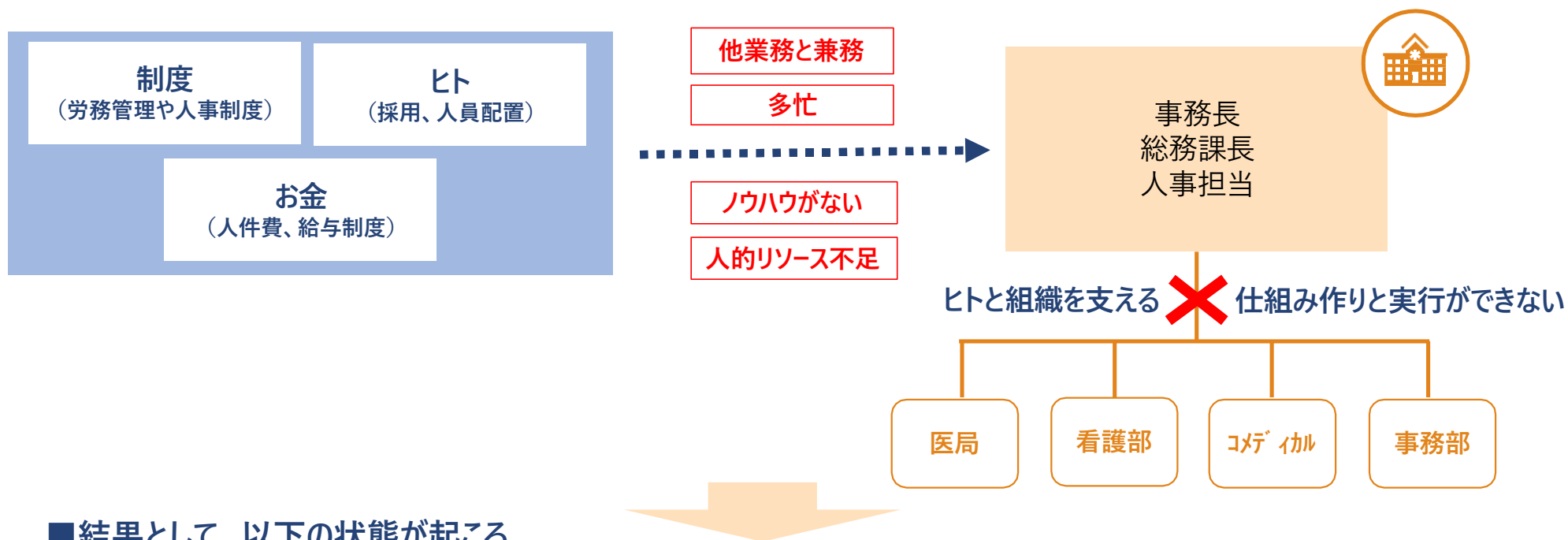
第2フェーズ = 実行する段階での壁

現在：病院経営を理解し、絵は描けるようになったが、実行できない



なぜ問題が解決しないのか

病院経営の基盤となる「ヒト」に関わるリソース・ノウハウ不足している結果

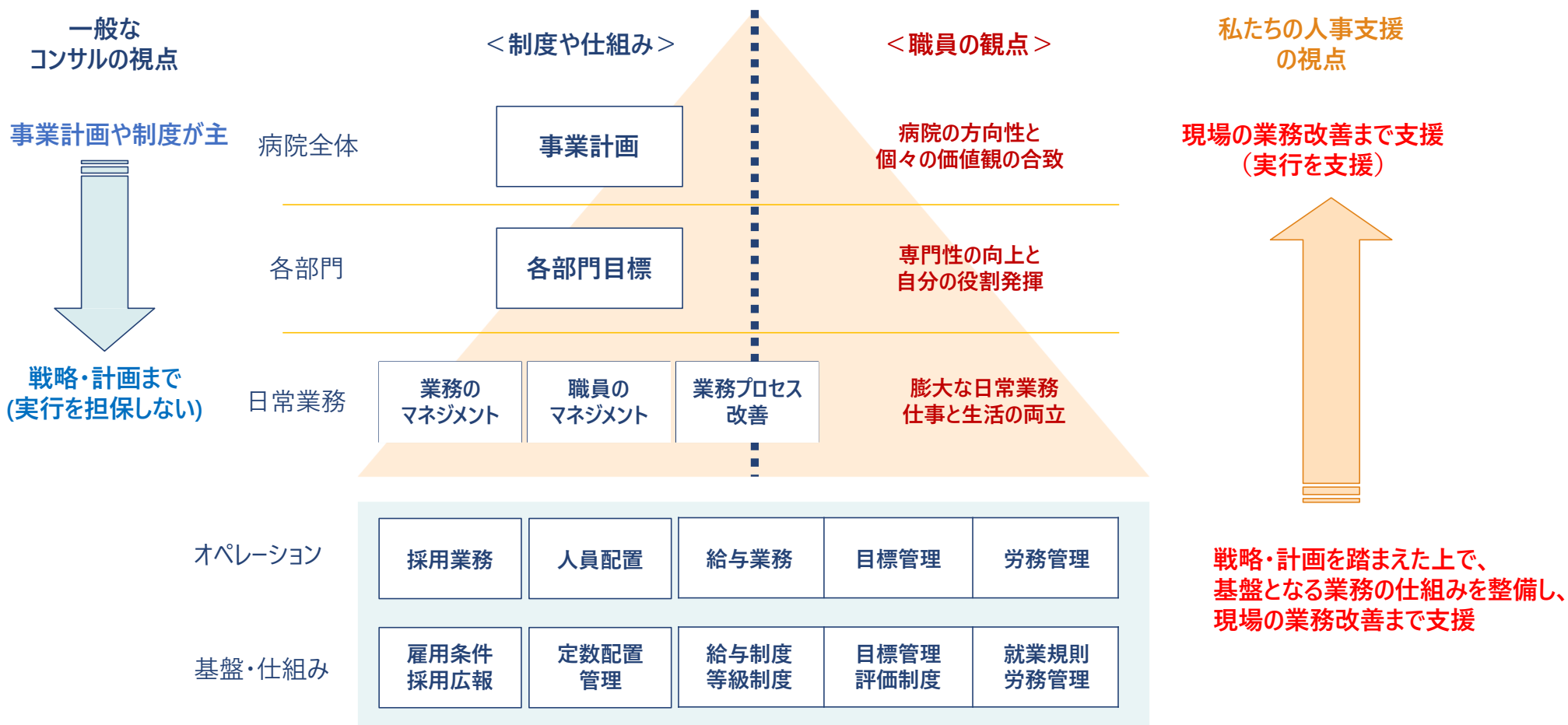


■結果として、以下の状態が起こる

- | | | |
|----------|-----|--------------------------------------|
| 人員配置・採用 | ... | 人が足りない／過剰な人員配置／採用ができず人材紹介に依存 など |
| 給与制度・人件費 | ... | 賃金が低くて採用できない・定着しない／年功昇給で人件費が増大 など |
| 管理職・事業計画 | ... | 人と仕事のマネジメントができない／病院目標と各部門の動きがバラバラ など |

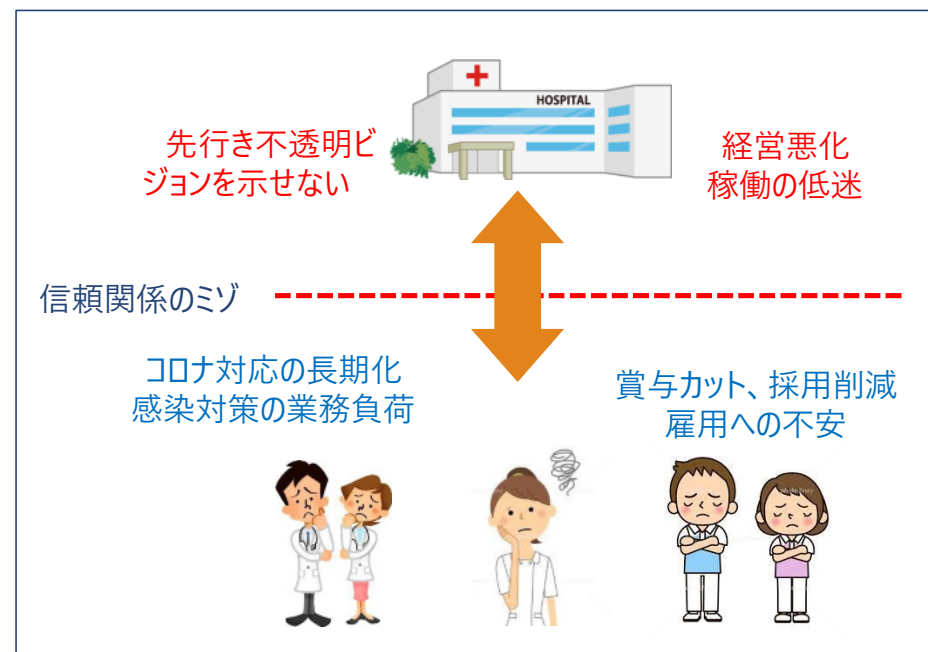
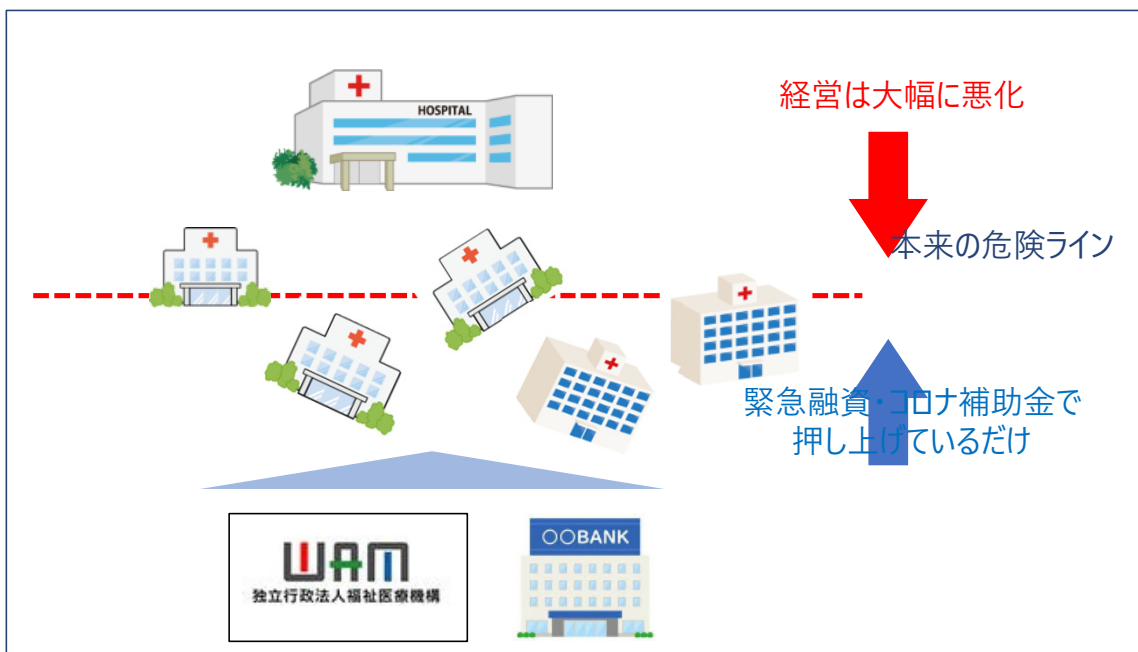
病院経営と人事業務の関係

制度や仕組みの向こう側にある、現場の業務改善を支援することが必要



コロナ禍に対して、これから起きることに対して、必要なこと

■コロナ禍の長期化により、病院の経営も、職員の信頼関係も傷んでいる



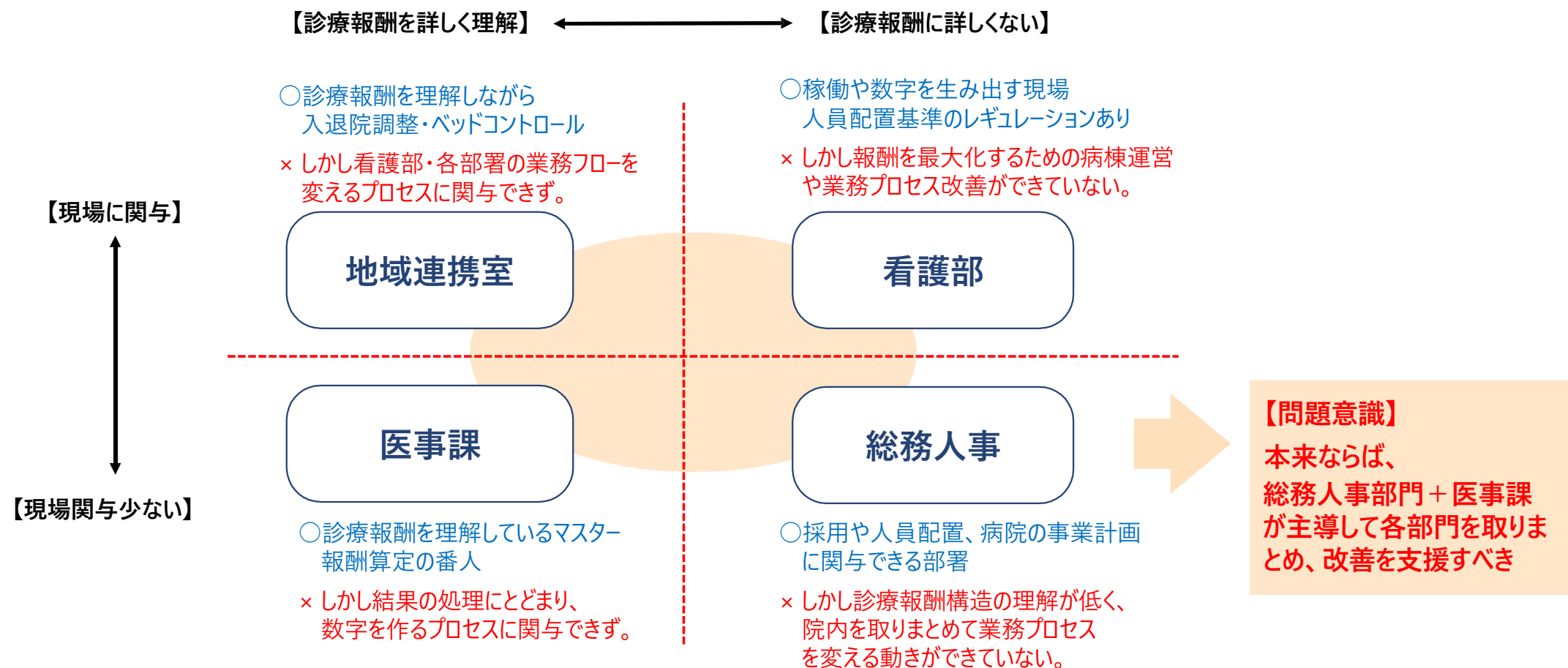
コロナ対応の長期化に伴い、入院受け入れ・稼働制約や業務負荷の増大が継続

→①コロナ関連の補助・加算が終わったらどうなるのか、②職員の確保と稼働バランスをどう取っていくか

コロナ後を見据えて、経営体質を強化するための人と組織のマネジメントが必要

しかし、多くの病院で起きていること

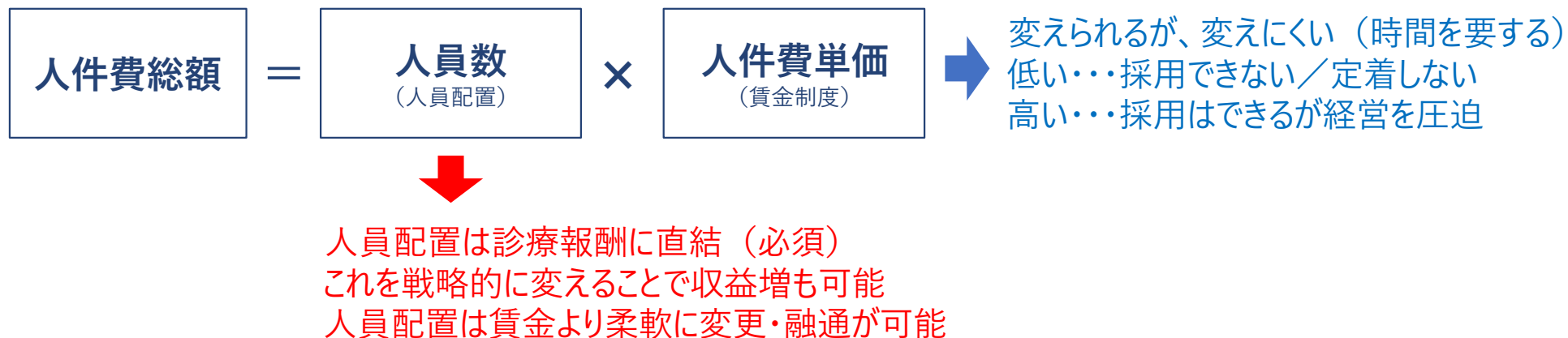
■ 報酬基準を踏まえた人員配置管理ができていない 【よくある風景】



2. 収益改善を図るための人員配置管理

病院経営を考える上での人員管理

■人員管理の重要性



※人件費を考える際、人件費単価 (賃金制度) と並行して、人員数 (人員配置) を見直すことが重要。

○ 変えられる = 人員配置 → まず確認すべき事項

△ 変えにくい = 賃金制度 → 長期的インパクトを考慮し、全体像を描いて構築することが必要

病院経営の視点から見るべき、人員管理のポイント

■病院の人員管理において、見るべきポイント

①人員配置基準を満たしているか

・・・必須で遵守しなければならない事項。働き方改革の上でも必須。

②人員定数が適切に設定されているか

・・・経営視点で、各部門の人員定数を設定し、過不足を管理する仕組みがあること。

③入退職を先読みした人員配置管理がされているか

・・・人員基準に基づく定数を満たしているか、先読みした人員管理と採用・異動調整を行っているか。
また、採用退職を担う人事部門が、人員管理を理解し、このプロセスに関与しているか。

④月次での様式9管理（看護部）

・・・結果だけではなく、予定と予測実績を把握し、基準割れが想定される時点で対処をしているか。
部門間ヘルプの指示、公休・有給取得の変更指示など

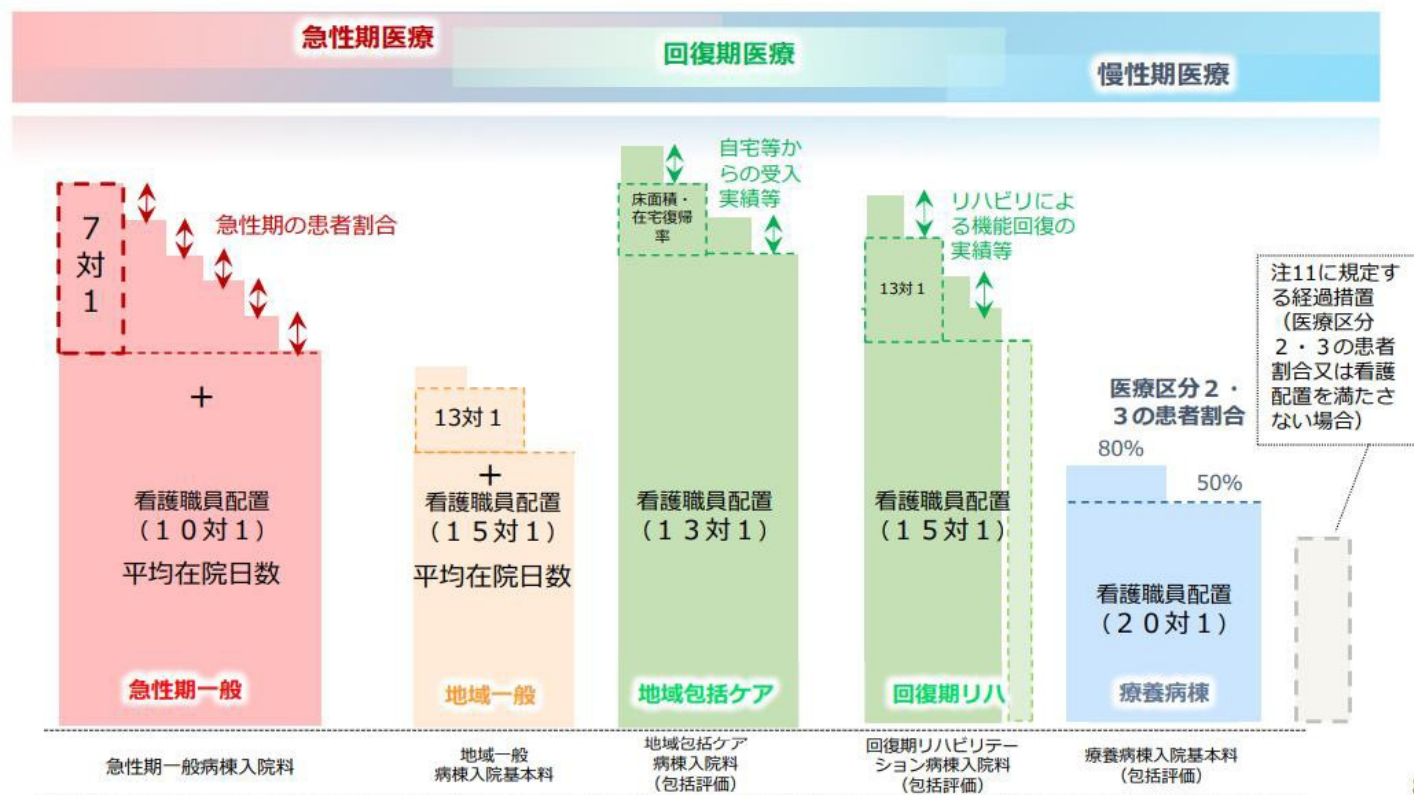
① 診療報酬と人員配置基準

令和4年度診療報酬改定 I-3 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

入院医療の評価体系と期待される機能（イメージ）

○ 入院医療評価体系については、**基本的な医療の評価部分**と**診療実績に応じた段階的な評価部分**との二つの評価を組み合わせた評価体系としている。

※ 特定機能病院、専門病院、精神病棟、結核病棟、障害者施設等、その他の特定入院料等については、特定の機能や対象患者を想定した入院料のため、下記には含めていない。

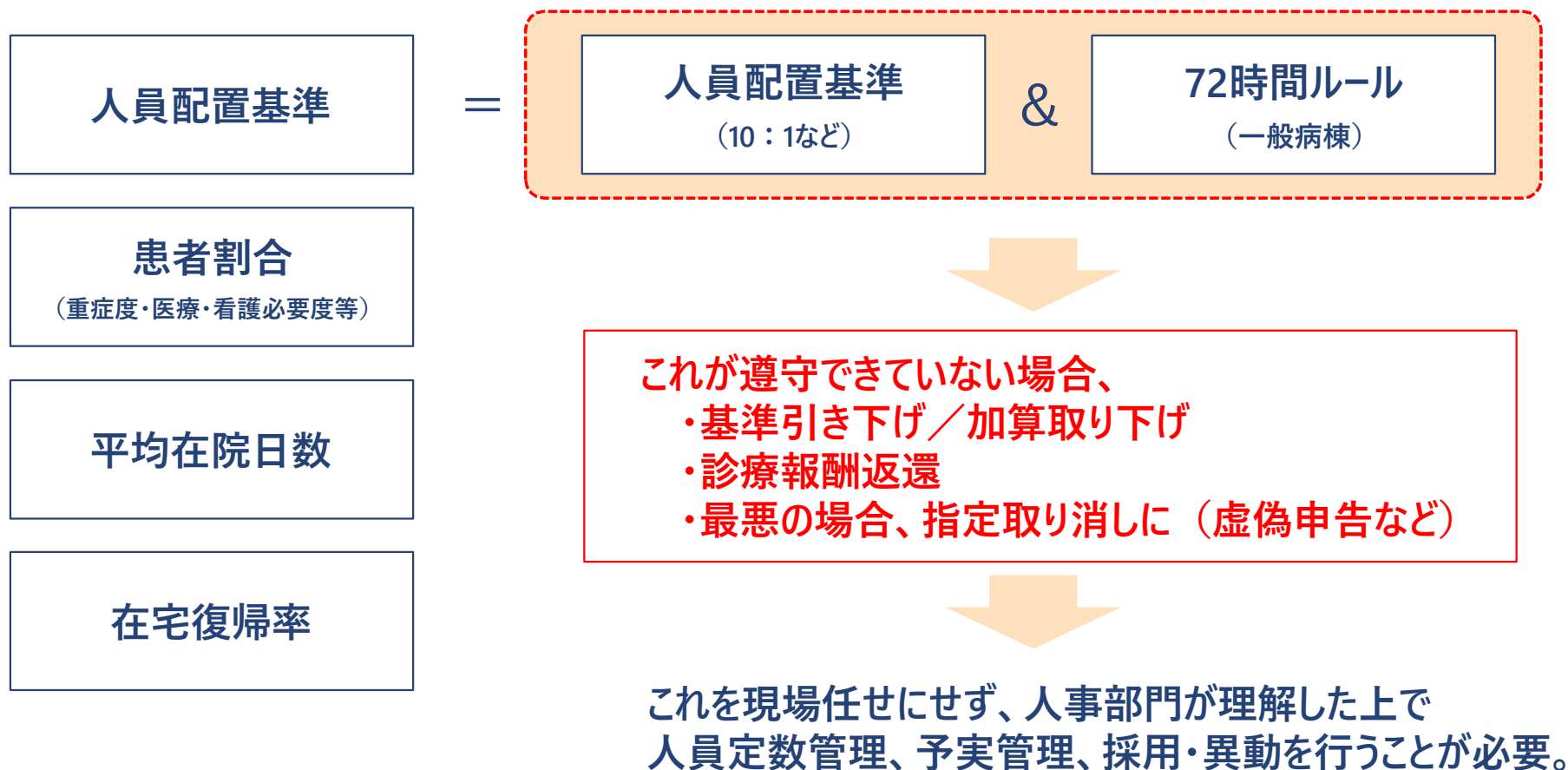


「基本的な医療の評価部分」
= 人員配置、在院日数

8

① 診療報酬と人員配置基準

■ 診療報酬の構造（主要要素）



診療報酬基準と人員配置

平成30年度診療報酬改定 I-1. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価⑥ (1) 急性期医療

急性期一般入院基本料(急性期一般入院料1~7)の内容

➢ 一般病棟入院基本料(7対1、10対1)について、入院患者の医療の必要性に応じた適切な評価を選択できる。実績に応じた評価体系を導入し、将来の入院医療ニーズの変化にも弾力的に対応可能とするため、急性期一般入院料1~7に再編する。

		入院料7	入院料6	入院料5	入院料4	入院料3	入院料2	入院料1
看護職員		10対1以上 (7割以上が看護師)						7対1以上 (7割以上が看護師)
患者割合 〔〕内は 200床未満の 経過措置	重症度、 医療・看護 必要度Ⅰ*1	測定していること	15%以上	21%以上	27%以上	— [26%以上]	— [27%以上]	30%以上
	重症度、 医療・看護 必要度Ⅱ*2	測定していること	12%以上	17%以上	22%以上	23%以上 [21%以上]	24%以上 [22%以上]	25%以上
平均在院日数		21日以内						18日以内
在宅復帰・ 病床機能連携率		—						8割以上
その他		—						医師の員数が入院患者数の100分の10以上
データ提出加算		○						
点数		1,332点	1,357点	1,377点	1,387点	1,491点	1,561点	1,591点

■急性期一般

→7:1 または 10:1 (正看7割以上)

■地域一般

→13:1 (正看7割以上) または15:1 (正看4割以上)

■地域包括

→13:1 (正看7割以上)

平成30年度診療報酬改定 I-1. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価⑥ (2) 急性期医療~長期療養

地域一般入院基本料1~3の内容

➢ 一般病棟入院基本料(13対1、15対1)について再編・統合し、新たに、地域一般入院基本料とする。

	入院料3	入院料2	入院料1
看護職員	15対1以上 (4割以上が看護師)	13対1以上 (7割以上が看護師)	
平均在院日数	60日以内	24日以内	
重症度、医療・ 看護必要度の 測定	—		○
点数	960点	1,121点	1,126点

平成30年度診療報酬改定 I-1. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価⑥ (2) 急性期医療~長期療養

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1~4の内容

➢ 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を基本的な評価部分と在宅医療の提供等の診療実績に係る評価部分とを組み合わせた体系に見直すとともに、在宅医療や介護サービスの提供等の地域で求められる多様な役割・機能を果たしている医療機関を評価する。

		管理料4	入院料4	管理料3	入院料3	管理料2	入院料2	管理料1	入院料1
看護職員		13対1以上 (7割以上が看護師)							
重症患者割合		重症度、医療・看護必要度Ⅰ*1 10%以上 又は 重症度、医療・看護必要度Ⅱ*2 8%以上							
在宅復帰に係る職員		当該保険医療機関内に在宅復帰支援を担当するものを適切に配置							
リハビリ専門職		病棟又は病室を有する病棟に常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を1名以上配置							
在宅復帰率		—			7割以上				
室面積		—			6.4㎡以上				
実績部分	自宅等から入棟した患者割合	—	1割以上 (10床未満は 3月で3人以上)	1割以上	—	—	1割以上 (10床未満は 3月で3人以上)	1割以上	
	自宅等からの緊急患者の受入	—	3月で3人以上		—	—	3月で3人以上		
	在宅医療等の提供(+3)	—	—	○	—	—	—	○	
	看取りに対する指針	—	—	—	○	—	—	—	○
	届出単位	病室	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室	病棟
許可病床数200床未満のみが対象		○	—	○	○	○	—	○	○
点数(生活療養)		2,038点(2,024点)		2,238点(2,224点)		2,558点(2,544点)		2,738点(2,724点)	

診療報酬基準と人員配置

平成30年度診療報酬改定 I-1. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価② (2)急性期医療～長期療養

回復期リハビリテーション病棟入院料1～6の内容

➤ 回復期リハビリテーション病棟において実施されているアウトカム評価の推進を図る観点から、当該入院料の評価体系についてリハビリテーションの実績指数を組み込むなどの見直しを行う。

	入院料6	入院料5	入院料4	入院料3	入院料2	入院料1
医師	専任常勤1名以上					
看護職員	15対1以上(4割以上が看護師)			13対1以上(7割以上が看護師)		
看護補助者	30対1以上					
リハビリ専門職	専従常勤のPT2名以上、OT1名以上			専従常勤のPT3名以上、OT2名以上、ST1名以上		
社会福祉士	-			専任常勤1名以上		
管理栄養士	-			専任常勤1名(努力義務)		
リハビリ計画書の栄養項目記載	-			必須		
リハビリテーション実績指数等の院内掲示等による公開	○					
データ提出加算の届出	○(200床以上の病院のみ)			○		
休日リハビリテーション	- ※休日リハビリテーション提供体制加算あり					
「重症者」の割合(日常生活機能評価10点以上)	-		2割以上		3割以上	
重症者における退院時の日常生活機能評価	-		3割以上が3点以上改善		3割以上が4点以上改善	
自宅等に退院する割合	-		7割以上			
リハビリテーション実績指数	-	30以上	-	30以上	-	37以上
点数(生活療養を受ける場合)	1,647点 (1,632点)	1,702点 (1,687点)	1,806点 (1,791点)	1,861点 (1,846点)	2,025点 (2,011点)	2,085点 (2,071点)

平成30年度診療報酬改定 I-1. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価③ (3)長期療養

療養病棟入院料1～2の内容

➤ 看護職員配置20対1以上を要件とした療養病棟入院基本料に一本化することとし、医療区分2・3の該当患者割合に応じた2段階の評価に見直す。

	療養病棟入院料2	療養病棟入院料1
看護職員*	20対1以上 (医療法上の4:1)	
看護補助者*	20対1以上 (医療法上の4:1)	
医療区分2・3 該当患者割合	5割以上	8割以上
データ提出	200床以上の病院は必須	
点数	医療区分1 735点～902点 医療区分2 1,151点～1,347点 医療区分3 1,389点～1,745点	医療区分1 800点～967点 医療区分2 1,215点～1,412点 医療区分3 1,454点～1,810点

■回復期リハ

→13:1 (正看7割以上) または15:1 (正看4割以上)
看護補助者、リハ職配置要件

■療養

→看護職員20:1 + 看護補助者20:1

※医科については、H30年改定で基本構造はほぼ完成形に。これをベースにR2年・R4年改定。

②定数の決定 ～人員配置基準と72時間ルールから（看護部）

■人員配置基準

・基準必置数の計算方法

$$\frac{\text{平均患者数}}{\text{配置基準 (10:1など)}} \times \text{3交代 (24時間)} \times \text{1.5 ※ (30日)}$$

※営業30日／就業20日として最低係数は1.5
有給・欠勤等あるため1.6～1.7で計算。

■72時間ルール

一般病棟 …… 月平均夜勤時間数72hが上限。夜勤専従、日勤常勤は除外可能。
→1人平均4.5回が上限（上限72h÷1回16h＝上限4.5回）

一般以外 …… 回復期、療養、地域包括等は夜勤時間の規制なし。通常は月5回程度で計算。

・夜勤時間数からの必置人数

$$\frac{\text{月必要人日 (夜勤人数} \times \text{30日)}}{\text{夜勤可能回数 (一般病棟なら4.5回)}}$$

②定数の決定 ～人員配置基準と72時間ルールから（看護部）

■例題

①基準必置数の計算から

$$\text{平均患者数} \div \text{配置基準} \times 3\text{交代} \times 1.5$$

【問題】 平均患者数 30名、急性期 10：1 の場合、必要看護師数は？

【解答】 $30 \div 10 \times 3 \times 1.5 = 13.5 \rightarrow 14$ 人

②夜勤時間数からの必置人数から

$$\text{月必要人日（夜勤人数} \times 30\text{日）} \div \text{夜勤可能回数（一般病棟なら4.5回）}$$

【問題】 上記の病棟で、夜勤 3 名体制の場合、必要看護師数は？

【解答】 $(3 \times 30) \div 4.5 = 20 \rightarrow 20$ 人

③結論

【問題】 上記の病棟で、必要看護師数は結局何人？

【解答】 $\rightarrow 20$ 人

②定数の決定 ～人員配置基準と72時間ルールから（看護部）

■人員定数＝人員配置基準と72時間ルールから決まる（多い方で決まる）

■基準必置数

患者数	20	25	30	35	40	45	50	55	60
看護師配置									
10対1	10	12	15	17	20	22	24	27	29
13対1	8	10	12	13	15	17	19	21	23
20対1	5	6	8	9	10	11	12	14	15

■夜勤配置からの必置人数

夜勤回数／月	4	4.5	5	6
夜勤体制／日				
看護1名	8	7	6	5
看護2名	15	14	12	10
看護3名	23	20	18	15

■基準必置数・・・患者数÷配置基準×3交代×1.5（※）

※営業30日／就業20日として最低係数は1.5。欠勤有給あるため1.6～1.7で計算。

■夜勤配置からの必置人数・・・月必要人日÷夜勤勤務可能回数（※）

※一般病棟では72h規制のため、1人4.5回が上限（上限72h÷1回16＝上限4.5回）

※療養・包括他では規制なし、月5回程度で算定。

■夜勤体制を加味した必置数

患者数	20	25	30	35	40	45	50	55	60
看護師配置									
一般10対1・夜勤1名	10	12	15	17	20	22	24	27	29
一般10対1・夜勤2名	14	14	15	17	20	22	24	27	29
一般10対1・夜勤3名	20	20	20	20	20	22	24	27	29
一般13対1・夜勤1名	8	10	12	13	15	17	19	21	23
一般13対1・夜勤2名	14	14	14	14	15	17	19	21	23
一般13対1・夜勤3名	20	20	20	20	20	20	20	21	23
療養20対1・夜勤1名	6	6	8	9	10	11	12	14	15
療養20対1・夜勤2名	12	12	12	12	12	12	12	14	15

※一般で看護夜勤1名は不可

※患者40名までは72h制約での必要人数が上回る

※患者40名までは72h制約での必要人数が上回る

※一般で看護夜勤1名は不可

※一般で40名以上では看護夜勤3名が現実的

※一般で40名以上では看護夜勤3名が現実的

※療養は助手夜勤があるため、40名以内では看護夜勤は1名も可

※療養で40名以上（2病棟運用）では看護夜勤は2名が現実的

②定数の決定 ～算定可能単位数から（リハビリ科）

■リハの場合は、単位取得率から最適人員を算定

【例】 回リハ1を取得し、実施単位を6単位以上に増加させたい。

→欠員リスクがあるOT、STを増員し、32名→35名体制とすることで、回リハの実施単位を4.6→6.5まで増加が可能。

①現状数値

実施単位数

※31日計算

病棟	入院患者数	対象患者数	実施率	実施単位/人	総単位数
急性期	41.0	22	54%	1.2	845
障害	45.0	22	49%	0.4	243
回リハ	33.5	33	99%	4.6	4,682
地域包括	46.5	41	88%	2.2	2,760
入院計	166.0	118.0	71%	2.3	8,530

外来	1,246
訪問・通所	563
合計単位数	10,339

(A)

取得可能単位数

稼働： 21

区分	人数	単位/日	単位/月
PT	25	18	9,450
OT	3	18	1,134
ST	1	12	252
管理職	3	12	756
合計	32		11,592

(B)

単位取得率 **89%** … A/B

②改善計画

実施単位数

※31日計算

病棟	入院患者数	対象患者数	実施率	実施単位/人	総単位数
急性期	41	23	55%	1.2	866
障害	45	23	50%	0.4	241
回リハ	34	33	99%	6.5	6,531
地域包括	46	41	88%	2.2	2,642
入院計	166.0	119.1	72%	2.9	10,280

外来	1,246
訪問・通所	563
合計単位数	12,089

(A)

取得可能単位数

稼働： 21

区分	人数	単位/日	単位/月	現状人数	必要採用数
PT	25	18	9,450	25	0
OT	5	18	1,890	3	2
ST	2	12	504	1	1
管理職	3	12	756	3	0
合計	35		12,600	32	3

(B)

単位取得率 **96%** … A/B

④月次での様式9管理

■結果ではなく、予定と実績を把握し、基準を欠けることが想定される時点で対処をすること

→ 予定作成時点で満たしていなければ、直ちに充足するよう採用・異動調整が必要。

日々発生する欠勤・病欠・退職等を反映し、欠けることが予想される時点で対処を行う。結果が出てからでは遅い。

【例】押さえるべきポイントを抜粋した総括表を作成し、予定・実績をチェック

病棟	2F 41床 (10:1)	3A 38床 (10:1)	3B 32床 (20:1)	4F 60床 (13:1)		
届出入院基本料	急性期一般入院料2	急性期一般入院料2	療養病棟1	地域包括入院料2	備考	
①1日平均患者数	40	40	32	60	前1年平均	
総配置時間数	②基準	2,976	2,976	1,240	3,472	(自動計算)
	②実績	3,742	3,869	1,921	4,353	
	余剰時間数	766	893	681	881	この分をみなしに充当
	余剰常勤換算	3.0	3.5	2.7	3.4	1.7=1人を切ると赤信号
配置人数	②基準	12.0	12.0	5.0	14.0	
	②実績	15.0	15.6	7.7	17.5	
	余剰人員	3.0	3.6	2.7	3.5	地域包括は加算50:1のため4人必要
夜勤時間数	届出区分	看護夜間配置加算 (12:1実数)	看護夜間配置加算 (12:1実数)	療養看護夜間配置加算は未取得	療養看護夜間配置加算は未取得	
	B 夜勤従事者数	21	20	10	21	
	E 夜勤専従時間数	150.3	158.75	112.25	29.25	計算に含まない者の夜勤時間数
	⑥平均夜勤時間数	69.2	69.9	82.0	75.9	夜勤時間注意
看護師比率	③看護師比率	100%	100%	100%	100%	基準値に対する看護師比率
看護補助配置加算	届出区分	急性期25:1 (50%以上)	急性期25:1 (50%以上)	基準20:1配置	看護補助25:1※みなし不可	
	みなし含む J 配置数実数/基準	6.9/4.0	7.8/4.0	6.8/5	14.1/7	患者数増加の場合、みなし減少
	みなし除く K 配置数実数/基準	3.9/4.0 ※97.5%	4.3/4.0 ※107.5%	4.1/5.0 ※82%	8.6/7.0 ※122.8%	みなし除く補助者数
看護補助夜間加算	届出区分	急性期50:1	急性期50:1		みなし不可	
	配置数実数/基準	1.1/1.0	1.2/1.0	—	—	

■チェックすべきポイント

①総配置時間数の余剰人員

②夜勤時間数

③看護師比率

④看護補助配置加算

④月次での様式9管理

■チェックすべきポイントと対処法

①総配置時間数の余剰人員

→この分が補助者みなしに回る。総時間数の絶対数が足りない場合は基準割れのため、直ちに採用。

②夜勤時間数

→72h超過懸念の場合は直ちに対応が必要。

－余裕がある病棟から夜勤可能なスタッフを異動、平均時間を下げる。

－通常シフトの職員をその月だけ夜勤専従勤務にする。

－日勤常勤のスタッフに1回だけ夜勤に入ってもらおう。

③看護師比率

→足りない場合は絶対数不足。直ちに採用。

④看護補助配置加算

→平均患者数が増加した場合、みなしが減少するため注意。足りない場合は直ちに採用。

－外来の診療補助スタッフ、健診スタッフ等を病棟の看護補助に異動

－補助者を採用できない場合、看護師・准看護師を採用してみなしに回す。

※地域包括は「みなし」がきかないため注意、最優先で補助者を確保。

※補助者加算は、看護配置加算と同じくらい収益へのインパクトが大きいため、注意が必要。

基準が落ちた場合の報酬へのインパクト

※急性期病棟で患者40名の場合

■看護職員の夜間配置加算

看護職員夜間配置加算 12対1 加算 1 105点

105点×10×30日×40名 = **月額126万円**

■看護補助者の配置加算

50対1 急性期看護補助体制加算 200点

200点×10×30日×40名 = **月額240万円**

■看護補助者の夜間配置加算

夜間50対1 急性期看護補助体制加算 115点

115点×10×30日×40名 = **月額138万円**

令和2年度診療報酬改定 1-3 タスク・シェアリング/タスク・シフティングのためのチーム医療等の推進 一③

看護職員と看護補助者との業務分担・協働の推進

看護補助者の配置に係る評価の充実

▶ 看護職員の負担軽減、看護補助者との業務分担・協働を推進する観点から、急性期看護補助体制加算等の評価を充実する。

現行	改定後
【急性期看護補助体制加算】	【急性期看護補助体制加算】
25対1急性期看護補助体制加算(看護補助者5割以上) 210点	25対1急性期看護補助体制加算(看護補助者5割以上) 240点
25対1急性期看護補助体制加算(看護補助者5割未満) 190点	25対1急性期看護補助体制加算(看護補助者5割未満) 220点
50対1急性期看護補助体制加算 170点	50対1急性期看護補助体制加算 200点
75対1急性期看護補助体制加算 130点	75対1急性期看護補助体制加算 180点
夜間30対1急性期看護補助体制加算 90点	夜間30対1急性期看護補助体制加算 120点
夜間50対1急性期看護補助体制加算 85点	夜間50対1急性期看護補助体制加算 115点
夜間100対1急性期看護補助体制加算 70点	夜間100対1急性期看護補助体制加算 100点
【看護補助加算】	【看護補助加算】
看護補助加算1 129点	看護補助加算1 141点
看護補助加算2 104点	看護補助加算2 116点
看護補助加算3 76点	看護補助加算3 88点
夜間75対1看護補助加算 40点	夜間75対1看護補助加算 50点
夜間看護加算(療養病棟入院基本料の注加算) 35点	夜間看護加算(療養病棟入院基本料の注加算) 45点
看護補助加算(障害者施設等入院基本料の注加算)	看護補助加算(障害者施設等入院基本料の注加算)
イ 14日以内の期間 129点	イ 14日以内の期間 141点
ロ 15日以上30日以内の期間 104点	ロ 15日以上30日以内の期間 116点
看護補助者配置加算(地域包括ケア病棟入院料の注加算) 150点	看護補助者配置加算(地域包括ケア病棟入院料の注加算) 160点

→令和2年の診療報酬改定で加算額が増加。
看護補助者の加算は落とすとインパクトが大きい。

※目的は
医療従事者の負担軽減、タスクシェアリング、
つまり「働き方改革」を目指すための政策的誘導。

そもそも、なぜ「人が足りない」のか

「人員定数」を満たしているのに、なぜ「人手が足りない」となるのか

確認すべき事項

- ①絶対数（＝定数人員）は足りているか
- ②夜勤可能人数は足りているか
- ③常に定数ギリギリで運営していないか
- ④勤務シフト・業務プロセスが硬直化していないか

①②絶対数が足りない、③定数ギリギリの場合

→直ちに採用し、病棟ごと定数 + α の余剰は持つこと

④絶対数は足りている場合

→勤務シフト・業務プロセスを変えること

看護師 + 補助者の夜勤人数は多過ぎないか？

他部署応援はできないか？ 外来・手術室から人手の捻出が可能ではないか？

2交代を一部3交代に変更する（夜勤後半は業務量が少ない／準夜のみなら可能なスタッフはいる）

2交代フルシフトの正職員・正看護師にこだわっていないか？

夜勤専従・日勤常勤・短時間常勤・夜勤パート・期間雇用など、多様な働き方で募集する

※働き方・業務プロセスを変えることが本当の働き方改革

3. 事業計画を実現するための採用活動

事業計画を実現するための採用活動

■病院の経営において、採用は生命線

病院の基準を維持し、目指す事業計画（医療の質向上やサービス向上＝加算取得や収益向上）を実現するためには、人材確保・定着は必須の課題となる。

しかし採用に苦戦する病院は多い。特に看護補助者の確保がカギとなる。

■目指す姿

- ①恒常的に採用ができること
- ②直接採用を増加させ、人材紹介に頼らない採用ができること（採用コスト削減）
- ③そもそも、離職を減らし定着を能力発揮を促すこと

→採用が出来なければ、直ちに収益ダウンに直結する。（稼働抑制／加算落ち／取得単位減）
人事コンサルとして、これを理解し、改善にコミットすることが必要。

採用力を構成する要素

■ 変えられるものを変えることが先決

区分	項目	内容	変数
構造	①基礎条件	立地、施設規模・種別	×変えられない
	②雇用条件	給与、手当、賞与、休日、人材育成、子育て支援	※変えられる
仕組み	③人員計画	人員定数・推移の可視化と採用計画	○変えられる
	④採用広報	採用ホームページ他における採用情報の量・質	○変えられる
プロセス	⑤採用活動	適切な採用活動・ルート展開の実施	○変えられる
	⑥プロセス改善	応募者管理、進捗管理からのプロセス改善	○変えられる

※雇用条件について

「定量条件」 …… 給与水準・休日等が、近隣と比較し中位水準以上であれば応募先として検討候補となる。まずは採用広報・採用活動を実施した上で、それでもネックとなるのであれば改善を検討。

「定性条件」 …… 貴法人ならではの取り組み、職場の魅力を掘り下げ、ターゲットに合わせたPRが必要。新たに実施する場合も、給与条件と比べ低コストで実施可能。定着にも効果あり。

➔ **雇用条件が近隣中位以上であれば、「変えられる項目」に取り組むことが先決。**

採用活動のポイント ②採用広報の整備

■採用ホームページは、採用の出発点

- ①職種ごと詳細な情報を網羅した求人 → 求職者が求める「詳細な雇用条件」
- ②生の声を伝えるスタッフのインタビュー → 応募につながる「職場の雰囲気」
- ③求人票はindeedに連動させ情報発信 → 外部への募集発信、インターネットで検索されること

**→採用HPはすべての応募経路の出発点。条件改善しても外部発信・広報を整備しなければ意味なし。
(人材紹介経由の応募者も8割以上が採用HPをチェック。メリットがあれば直接応募する)**

indeed等の検索にヒットすること



職場の雰囲気を伝えるインタビュー



詳細な求人情報

看護師 / オープニングスタッフ募集 / 正社員 / 月給236,400円〜 / 残業ほぼ無し / 栃木県宇都宮市	
職種	看護師 ※経験者歓迎
必要な資格・経験	経験不問。 ※国家試験やケアミックス病院での看護経験がある方は特に歓迎します。 ※新しい環境がくらくらしない方、在宅医療まで見届けられる看護に関わりたいと思う方、歓迎します！ ※ブランクがある方、子育て中の方も歓迎。
病院概要	医療事業 240名 (4棟棟) 内科・外科・リハビリテーション科
業務内容	■在宅医療での看護業務全般 患者様の健康増進、退院支援、服薬管理、リハビリテーションおよび在宅療養の支援 ・患者様とじっくりと関わりたい方、在宅医療も覚えるやりがいがあります。
勤務地	栃木県宇都宮市一里町2-1-1 ◆大通アクセス◆ JR「宇都宮駅」西口徒歩10分
勤務時間	※2023年4月に「宇都宮市リハビリテーション病院」として新築業（東本町2丁目）に新館移転します！ 2022年には宇都宮駅からLRT（踏切直結）が開通し、通勤もより便利になります。 日勤 8:30~17:00 (休憩60分) 準急・遅出あり 夜勤 18:30~9:00 (休憩120分) 夜勤は月4回程度 ※残業はほぼ無し（月1時間程度）
給与	月給236,400円〜311,400円 (夜勤4回/月の場合) + 地域手当 ※試用期間3ヶ月あり 【年収例】 ・看護師経験3年 年収 555.9万円 ・看護師経験10年 年収 582.3万円

採用活動のポイント ④ 応募者管理とプロセス改善

■ 応募者管理とプロセス改善

- ① 応募者管理、経路分析 → 応募～面接～採否状況を可視化し、応募・決定状況をモニタリング
人員充足予測と、採用における課題を特定し、ボトルネックを改善
- ② 面接などのプロセス改善 → 必要に応じ採用面接の改善と、入職後のフォロー施策を実施
確実な採用と、離職を防止する仕組みを実施

→このような分析とプロセス改善を行うことで、機会損失や離職の防止が可能となる。

応募者管理と経路分析

全職種計	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計	応募 構成比	決定数	決定 構成比	応募決定率
初回コンタクト												
HW			3		1		2	6	22%	2	17%	33%
採用HP		2	2	2	4	1		11	41%	5	42%	45%
求人誌								0	0%	0	0%	#DIV/0!
外部WEB求人					1	2		3	11%	0	0%	0%
職員紹介	1		1	1	2	1		6	22%	5	42%	83%
学校求人								0	0%	0	0%	#DIV/0!
直接TEL								0	0%	0	0%	#DIV/0!
人材紹介								0	0%	0	0%	#DIV/0!
その他					1			1	4%	0	0%	0%
応募・紹介計	1	2	6	3	9	4	2	27	100%	12		44.4%
見学のみ			5		2	2	1	10				
面接	1	1	1	3	6	2	1	15				
不採用					1	1		2				
辞退								0				
採用内定	1	1	1	3	5	1		12				
入職日・内定者	1/1 全卒業	2/1 全卒業	12/20 全卒業 専攻1名無行中	1/8 全卒業 4/1 専攻中 4/1 全卒業	2/1 専攻中 2/1 全卒業 2/1 専攻中 4/1 専攻中 4/1 全卒業	4/1 全卒業						

採用面接の改善



■医療機関・介護施設への支援に際して

- ・経営改善に寄与する人事施策を実施できていますか？
そのためには、制度・ルールの理解と、現場オペレーションの理解が前提となります。
- ・就業規則や賃金制度だけでなく、それを実行に移す支援ができていますか？
自法人だけではノウハウ、実行リソースがないことが医療機関の悩みです。
- ・人事部門や事務長の御用聞きではなく、その医療機関・法人の機能、
地域の中での役割、事業計画を見据えた支援を行っていますか？

リアリティを持ち、経営改善をもたらす人事支援を目指しましょう

医療・介護事業では、「ヒト」に関わる要素が 経営上の支障となる事例が多くみられます

■よくある「悩み」TOP 3

① 人員が足りない

必要な人員を確保できず、稼働に制限がかかっている、基準の類上げ・加算算定ができない。人材紹介手数料が増大。

② 人件費が高い

職員の年齢構成が高年齢化、人件費が右肩上がりで増大し、経営を圧迫している。

③ 管理職が育たない

現場管理職が育マネジメントや業務改善ができず、各部門がバラバラ。いつまでたっても事業計画を達成できない。

事業計画を達成するための人事施策を立案し、内部の各部門や外部サービスを取りまとめ、実行できる人材やノウハウが不足していることが原因にあります。

そんな「悩み」を解決する人事支援

人事の「仕組み整備」と「実行支援」により、経営改善を実現します

■支援により実現できること

①人材確保・人員配置

必要人員を確保・最適人員を実現 【採用支援・離職防止】

収支改善や加算維持のために最適な人員配置（過剰・不足）を明確化し、採用活動の実行を支援します。また入職後の離職防止の仕組みを構築します。これにより稼働や加算取得などのボトルネックを解消し、採用コストも削減できます。

②人件費の最適化

人件費の最適化を解決 【等級・給与制度】

人件費の高止まり・増大や、中途入職者の給与格付けが適正に出来ない場合、給与テーブルの整備及び見直しを支援します。これにより、有能な人材の流出防止と、将来的な人件費の増大を抑制します。

③管理職の育成

事業計画・目標を達成できる組織を実現 【管理職育成・評価制度】

事業計画を実現するため、管理職のマネジメント力向上のための管理職研修の実施と目標管理・評価制度の整備・運用を支援します。これにより、各部門が自律的に事業目標を達成できる組織を実現します。