

週刊WEB

医療経営

MAGA
ZINE

Vol.588 2019.9.3

医療情報ヘッドライン

オンライン診療の 改訂版Q & A発表 ガイドライン改訂に伴う全14項目

▶厚生労働省

介護医療院が 223施設まで増加 未設置の県は岩手、宮城、新潟、宮崎

▶厚生労働省 老健局

週刊 医療情報

2019年8月30日号

「改革若手チーム」が 業務・組織改革で緊急提言

経営 TOPICS

統計調査資料

医療施設動態調査 (平成31年3月末概数)

経営情報レポート

マイナンバー制度を効率的に活用 医療等分野IDによる情報連携

経営データベース

ジャンル:経営計画 サブジャンル:中期経営計画 年度経営計画と中期経営計画 中期経営計画の策定

医療情報
ヘッドライン
①

オンライン診療の改訂版Q & A発表 ガイドライン改訂に伴う全14項目

厚生労働省

厚生労働省は、7月31日に『「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に関するQ&A』の改訂版を公表した。同指針（ガイドライン）の対象や基本理念、適用対象、診察方法などを14項目にまとめている。

■条件付きながらオンライン診療のみで 緊急避妊薬の処方容認

オンライン診療は、2018年度の診療報酬改定で「オンライン診療料」「オンライン医学管理料」が新設されたことで本格的にスタートした。同時にガイドラインも策定されたが、技術革新が望める分野だけに、定期的に内容を見直すことが決まっている。

今回の改訂では、オンライン診療を実施する医師に、2020年4月以降厚労省が実施する研修の受講を義務付けたほか、なりすましを防止するため医師・患者の双方に身分確認書類による本人確認を原則とした。

また、条件付きながらオンライン診療のみで緊急避妊薬の処方を認めたのも大きな変更点になっている。

■チャットでオンライン診療をするのは 認めない旨も明記

Q&Aでは、まず保険診療のみならず自由診療でもこのガイドラインが適用されることを明示している。

そして、研究・治験を主目的として行うオンライン診療は不適切だとしている。

患者合意については、「留意事項の説明がなされた文書等を用いて患者がオンライン診療を希望する旨を書面（電子データを含む）において署名等をしてもらうことを指します」と、具体的な手順にまで言及している。

さらに、チャットでオンライン診療をするのは認めない旨も明記した。

■オンライン診療のみで処方すべきでない 医薬品の例を明記

また、ガイドラインには「オンライン診療のみで処方すべきでない医薬品の例」として、勃起不全治療薬などを挙げているが、禁忌の確認もオンライン診療の問診では不十分とした。

その理由として、心血管・神経学的異常の有無の確認や血糖値・尿の検査を行う必要があるとED（勃起障害/勃起不全）診療ガイドラインに明記されていることを挙げている。



医療情報
ヘッドライン
②

介護医療院が223施設まで増加 未設置の県は岩手、宮城、新潟、宮崎

厚生労働省 老健局

厚生労働省老健局は、8月1日に今年6月末時点の介護医療院の開設状況を公表した。全国の施設数は223施設となり、総病床数は14,444床となった。

もっとも多いのが、介護療養病床（病院）からの転換で140施設、次いで介護療養型医療施設からの転換が56施設、医療療養病床（昨年度診療報酬改定で療養病棟入院料1または2を算定）からの転換が43施設であり、新設の施設は3施設となっている。未だ設置されていない都道府県は、岩手、宮城、新潟、宮崎の4県だった。

■2018年9月末時点から比較すると、

介護医療院は施設数、病床数ともに3倍以上

介護医療院は、2018年4月に創設された。創設から半年後の2018年9月末時点では63施設4,583床で、東京都を含めた19都府県で未設置だった。

そこから徐々に転換が進み、今年3月末時

点では150施設10,028床となり、未設置の都道府県は6県まで減った。そこから3カ月で73施設が増えた形となる。2018年9月末時点から比較すると、施設数、病床数ともに3倍以上となった。

■施設数最多は北海道、富山でともに16施設、 病床数最多は福岡で1,216床(14施設)

地域別に見ていくと、施設数の最多は北海道と富山でともに16施設で、病床数の最多は福岡で1,216床(14施設)となっている。

2018年度に行われた介護報酬改定では、介護医療院への転換を促すため2021年度末までの期間限定で「移行定着支援加算」（1日93単位）が設けられており、1年間のみ算定できるため、転換を考えている医療機関は2020年度末までに実施すると思われる。

■介護医療院への転換は介護費の底上げに 直結するため、消極的な自治体もある

そのため、増加ペースが上がると想定されるが、一方で介護医療院への転換は介護費の底上げに直結するため、消極的な自治体もあるだろう。未だに設置されない県が存在するのは、その影響も考えられる。

しかしながら、医療費および介護費の適正化を図りたい厚労省としては、介護療養病床からの転換を進めたいのが本音であるため、未設置県にさらなるアプローチをかけていくことになると思われる。



医療情報①
厚生労働省
緊急提言

「改革若手チーム」が 業務・組織改革で緊急提言

厚生労働省の「改革若手チーム」は8月26日、「厚生労働省の業務・組織改革のための緊急提言」を根本匠厚労相に手渡した。改革若手チームは、20～30歳代を中心とする38人の職員をメンバーに今年4月に立ち上がった。厚労省の業務・組織のあり方や、中長期的な社会経済の変化を見据えた厚労行政の方向性について、自主的・主体的に、自由な発想で議論し、厚労省の改革につなげていくことを目指している。

省内に18あるすべての職種（人事グループ）から構成されている。「緊急提言」を取りまとめるにあたっては、事務次官から入省間もない若手まで含め、243人にヒアリングを実施したほか、本省の職員約3800人を対象とした大規模なアンケート調査を2回行った。

アンケート回答数は第1回が1065人、第2回が1202人。

また、内閣人事局、金融庁、総務省、経済産業省、環境省など他省庁や先進的な取り組みを行っている企業、若くして厚労省を退職した人への訪問、ヒアリング等も実施した。

「厚生労働省で働くことについてどう感じるか」という設問に対して、「やりがいのある職場である」（49%）、「自分の仕事に誇りが持てる」（34%）と意欲的な人が多い一方、「仕事が心身の健康に悪影響を与える職場である」（58%）、「職員を大事にしない職場である」（45%）、「やめたいと思うことがある」（41%）とネガティブな意見も多く見られた。

「自身の業務量についてどう感じるか」という設問に対しては、「非常に多い」（18%）、「多い」（47%）と65%が不満を感じていることが判明。「業務量を増やしている原因」は「人員不足」（67%）、「厚労省で作業量やタイミングを決めることができない業務」（65%）。「業務量の観点から負担を感じる業務」は、「国会関連業務」（63%）、「調整業務」（44%）、「電話等対応」（42%）となっていた。

「緊急提言」は、下記の通り位置付けた。

- ①はじめに
- ②厚生労働省の業務・組織を取り巻く現状
- ③厚生労働省の業務・組織改革に必要な視点
- ④具体的提言内容——の4部構成。

「はじめに」では、「厚生労働省改革を進めることは、国民一人ひとりの人生と生活をより良くするもの」との認識を示したうえで、取りまとめまでの時間が短かったため、今回の提言については

- ▼直ちに組織として対応すべき重要な課題
- ▼2020年度予算に関連するもの

■厚労省分割論には反対の姿勢

②の「現状」については、次の5点を挙げている。

- ▼厚労行政に対する大きな社会的期待 ▼霞が関でも極めて手薄な厚労省の人員体制
- ▼厚労省の過酷な労働環境が引き起こす「負のスパイラル」——について言及。

厚労省の組織的・構造的な課題として、

- (1) 組織全体としてのマネジメント意識の低さ、
- (2) 縦割り型の職種別人事による組織ガバナンス機能の低さ、
- (3) 伝統的キャリア像の固定化、
- (4) 組織全体としての人材育成・キャリア形成意識の低さ、
- (5) 劣悪なオフィス環境

③の「必要な視点」では、以下のような項目立てで、考え方を示している。

1. 厚生労働省の業務・組織改革の必要性

- (1) 国民のための改革
- (2) 「働き方改革」の旗手としての改革

2. 厚生労働省の業務・組織改革の方向性

- (1) 改革に向けた3つの方向性
- (2) 「厚生労働省分割論」への意見

3. 厚生労働省の業務・組織改革に当たっての留意点

- (1) 過去の「厚生労働省改革提言」の反省と改善点
 - ① 対策ごとに実効性を担保する仕組み ② 実施・フォローアップ体制の確保
- (2) 民間等の外部の視点を取り入れた改革の実施 （以下、続く）

医療情報② 厚生労働省 簡易生命表

改革若手チームを 組織内で正式に位置づけ

根本匠厚生労働相は、8月27日の記者会見で、改革若手チームの緊急提言について記者の質問に答え、若手チームを、正式に改革実行のための組織として位置づける意向を示した。

根本厚労相は「厚生労働省のすべての職員が、自身の健康や家庭生活に十分配慮しながら、活き活きと仕事ができる環境を作っていく。これは、国民の期待に応えられるような厚生労働行政を展開していくためにも大変重要なことだと思う」と表明。事務次官を長とする「厚生労働省改革実行チーム」で、具体的対応を検討するよう指示したとした。

改革若手チームについては「改革の具体策について、若手の皆さんと一緒に考えていくこととしている」と述べた。

週刊医療情報（2019年8月30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。

医療施設動態調査 (平成31年3月末概数)

厚生労働省 2019年6月3日公表

病院の施設数は前月に比べ 11施設の減少、病床数は 1, 892床の減少。
一般診療所の施設数は 87施設の増加、病床数は 470床の減少。
歯科診療所の施設数は 47施設の増加、病床数は 増減無し。

1 種類別にみた施設数及び病床数

各月末現在

	施設数		増減数		病床数		増減数
	平成31年3月	平成31年2月			平成31年3月	平成31年2月	
総数	179 049	178 926	123	総数	1 631 746	1 634 108	△ 2 362
病院	8 342	8 353	△ 11	病院	1 539 089	1 540 981	△ 1 892
精神科病院	1 055	1 054	1	精神病床	328 166	328 598	△ 432
一般病院	7 287	7 299	△ 12	感染症病床	1 892	1 884	8
療養病床を 有する病院（再掲）	3 703	3 715	△ 12	結核病床	4 657	4 747	△ 90
地域医療 支援病院（再掲）	575	574	1	療養病床	314 087	315 578	△ 1 491
				一般病床	890 287	890 174	113
一般診療所	102 202	102 115	87	一般診療所	92 599	93 069	△ 470
有床	6 774	6 806	△ 32				
療養病床を有する 一般診療所（再掲）	812	816	△ 4	療養病床 （再掲）	8 163	8 179	△ 16
無床	95 428	95 309	119				
歯科診療所	68 505	68 458	47	歯科診療所	58	58	-

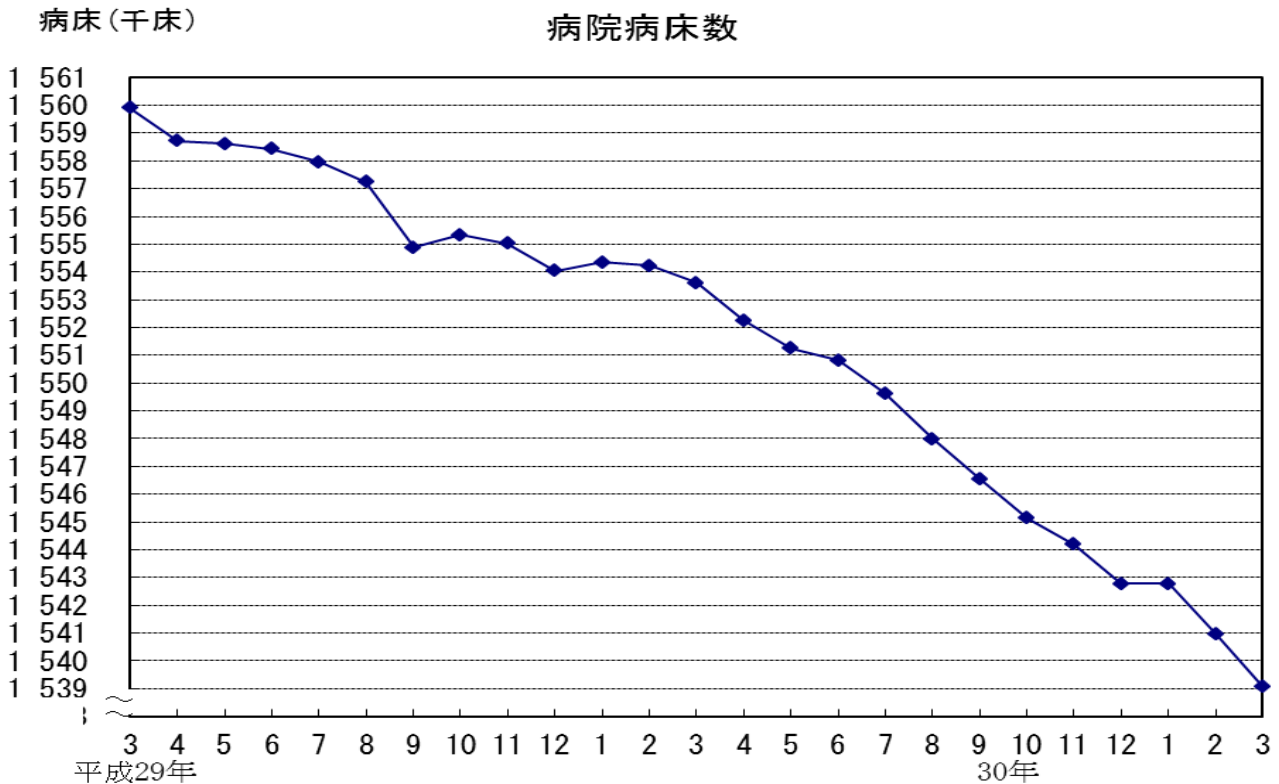
2 開設者別にみた施設数及び病床数

平成31年3月末現在

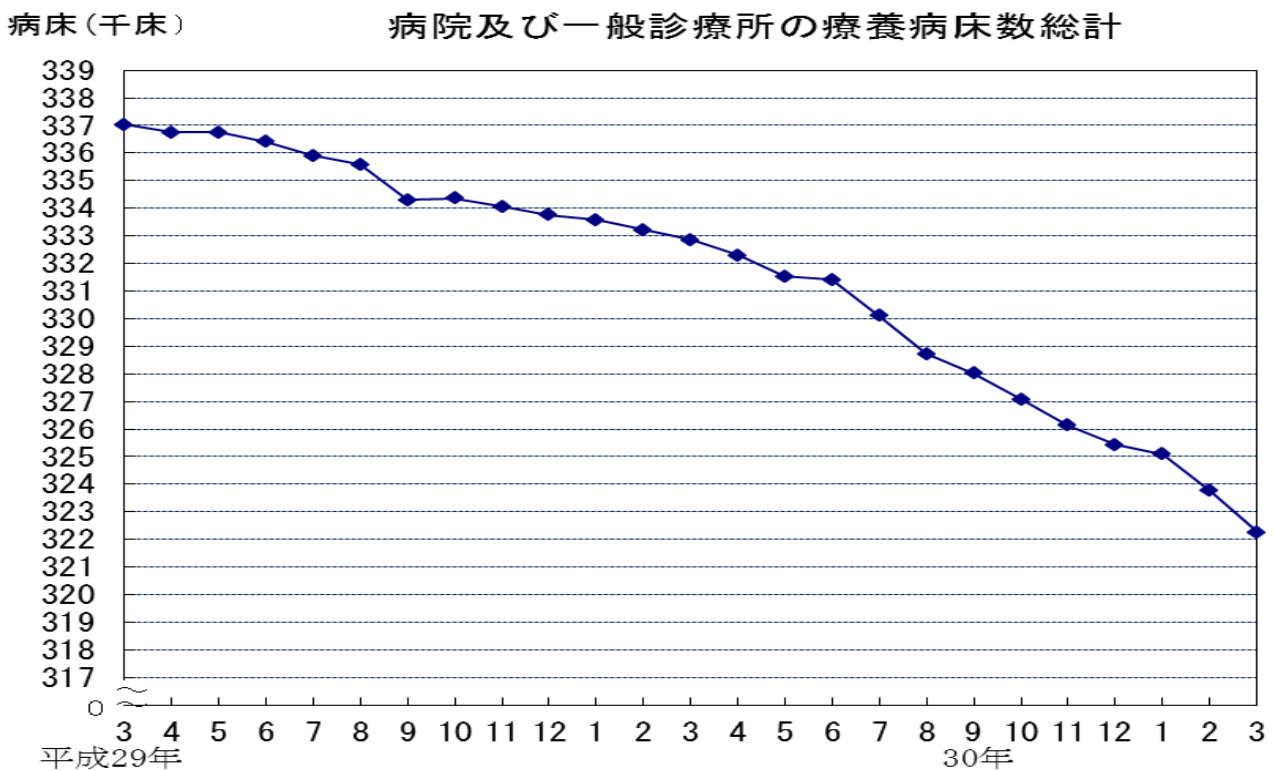
	病 院		一般診療所		歯科診療所
	施設数	病床数	施設数	病床数	施設数
総数	8 342	1 539 089	102 202	92 599	68 505
国 厚生労働省	14	4 622	22	-	-
独立行政法人国立病院機構	141	53 534	-	-	-
国立大学法人	47	32 670	148	19	1
独立行政法人労働者健康福祉機構	33	12 461	-	-	-
国立高度専門医療研究センター	8	4 197	2	-	-
独立行政法人地域医療機能推進機構	57	15 701	2	-	-
その他	24	3 711	361	2 156	3
都道府県	199	52 706	252	176	7
市町村	616	127 542	2 925	2 160	253
地方独立行政法人	104	40 751	33	17	-
日赤	92	35 504	205	19	-
済生会	85	22 874	52	-	1
北海道社会事業協会	7	1 717	-	-	-
厚生連	103	32 678	66	25	-
国民健康保険団体連合会	-	-	-	-	-
健康保険組合及びその連合会	9	1 934	300	-	2
共済組合及びその連合会	42	13 362	144	-	5
国民健康保険組合	1	320	16	-	-
公益法人	196	49 181	498	271	103
医療法人	5 747	859 941	43 166	69 980	14 528
私立学校法人	111	55 328	189	38	16
社会福祉法人	197	34 024	9 915	339	37
医療生協	82	13 672	305	248	52
会社	35	9 123	1 691	10	10
その他の法人	213	44 739	728	265	114
個人	179	16 797	41 182	16 876	53 373

参 考

■病院病床数



■病院及び一般診療所の療養病床数総計



医療施設動態調査（平成31年3月末概数）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



医 業 経 営

マイナンバー制度を効率的に活用 医療等分野ID による情報連携

1. 医療分野における番号制度活用に向けた検討
2. 医療等個人情報の情報連携のあり方
3. マイナンバーによるオンライン資格確認の導入
4. 今後の施策動向と医療機関に予測される影響



1

医業経営情報レポート

医療分野における番号制度活用に向けた検討

■ 医療等分野IDで課題解消

政府は2015年5月に、医療等（医療・健康・介護）分野の情報に個人番号を付与する、いわゆる「医療等ID」に関する方針を決定しました。

「医療連携や研究に利用可能な番号」として2018年度から段階的に運用を始め、2020年の本格運用を目指しています。

また運用に当たっては、マイナンバー（社会保障・税番号制度）のインフラが活用される見込みです。「医療等ID」導入の背景には、次のような課題が挙げられます。

■ 医療機関が抱える課題と将来イメージ

● 医療機関における受付事務手続きが非効率

現状：保険証を目視で確認、医療保険資格を有しているかがその場ではわからない

将来：個人番号カードによって、オンラインで医療保険資格についても確認可能になり、事務作業が効率化する

● 病院・診療所・薬局・介護施設間の患者情報が未連携

現状：複数の医療機関の受診情報、服薬情報が共有されていないため、無駄な検査や重複投薬が行われ、医療費増加の要因となっている

将来：個人番号カードによって、患者情報が共有可能になり、無駄な検査、重複投薬が削減となり、医療費が適正化される

● 自治体において健診未受診者に対する受診促進が不可能

現状：特定健診等の受診情報が共有化されていないため、他の市町村で実施した場合、把握できない

将来：個人番号カードによって、受診情報が把握できるようになり、未受診者への受診促進を図ることができる

医療機関の窓口で患者が個人番号カードを提示することにより、患者の医療保険資格を医療機関がオンラインで確認できる仕組みを構築します。

これは、医療保険者や自治体間のマイナンバーによる情報連携が2017年から始まったことを受けたもので、医療機関の事務効率改善につながると期待されています。

また、医療連携に利用可能な番号（医療等ID）については、2018年度から段階的な運用を開始し、病院や診療所、薬局間の患者情報の共有などに利用できます。

これにより、医療機関において、患者データの共有や追跡を効率的に行えるようになります。

2

医業経営情報レポート

医療等個人情報の情報連携のあり方

■ 医療等分野の個人情報の特性

(1) 機微性が高い医療分野の個人情報

患者と医療・介護従事者が信頼関係に基づき共有する医療等分野の個人情報は、病歴や服薬の履歴、健診の結果など、本人にとって機微性が高く、第三者には知られたくない情報も含まれています。さらに病気の内容や罹患時期によっては、それが公になった場合、個人の社会生活に大きな影響を与える可能性があったり、本人がその受診歴を把握できる状態にすることを望んでいなかったりする情報もあるはずです。

また、患者の診療情報を研究分野等で活用する場合は、基本的には患者自身への必要な医療の提供に用いるものではありません。このことから、個人情報の取得・利用に当たっては、本人の同意を得るとともに、患者個人の特定や目的外で使用されることのないよう、必要な個人情報保護の措置を講じる必要があります。

(2) 医療等分野個人情報保護と活用のバランス

医療・介護分野に関連する個人情報は、高度な機微性を持っていることで十分な保護措置を講じるとともに、その取得・利用には本人の同意を得ることが原則とすべきであるとされています。

一方、医療・介護の現場では必要な個人情報を活用することで、患者・利用者本人にとってより有効で効果的な治療・ケアの実施につながることも期待されています。

(3) 医療現場で活用が期待される場面

医療現場においては、救急医療や薬や予防接種歴の管理、医学の向上や研究など、様々な場面での活用が期待されています。

① 救急医療

- 服薬履歴など、できるだけ多くの患者の情報を収集し、適切な治療法を選択することが人命の確保と予後の安定に有効

⇒ 日常的な診療やケアでも、より安全で適切な医療・介護を提供するため、患者の治療歴等を参酌して、診療やケアを行うことが期待できる

② お薬手帳・予防接種歴の管理

- お薬手帳：医療従事者が適切な医療サービスの提供に活用するだけでなく、本人自らが服薬等の医療情報の履歴を把握し、活用する役割
- 予防接種歴：後年、本人が接種歴を確認できれば、自らの健康管理に有益

- ⇒ 災害時に自らの診療・服薬情報を医療従事者等と共有する手段を含めて、国民一人ひとりが自らの医療の履歴を把握するニーズが増大している

③医学の向上と研究の高度化

- より革新的な医薬品や治療法の確立がされ、医療が高度化していくためには、医学研究の発展が不可欠
 - ⇒ 患者等の個人から提供されたデータを適切に活用していくことが必要

④健康・医療分野のポータルサービス

- 国民が自ら健康・医療の履歴や記録を確認できる仕組み（PHR）を整備、健康増進に活用
 - ⇒ 予防接種等の履歴の確認やプッシュ型の案内が可能になる
 - ※PHR：パーソナルヘルスレコード（Personal Health Records）の略称で、個人が生涯にわたり自分自身に関する医療・健康情報を収集・保存し活用できる仕組み

⑤全国がん登録

- がんの罹患、診療、転帰等の状況をできるだけ正確に把握・調査研究に活用
 - ⇒ がんに関する情報を国民に還元し、治療の選択肢を拡大

このほか、個人が治療を受け、自分の健康状態を向上させることで得るメリットの積み重ねが、医学および医療の質の向上という社会全体への有益性やデータの蓄積につながり、また地域の実情に応じた効率的な医療提供体制の整備や効果的な保健事業の実施などの行政分野や、医療保険事業での活用が期待されています。

こうした点を鑑み、医療等分野個人情報については、格別な保護措置と併せて円滑な活用方法を実現する情報連携基盤の構築が求められています。

■ 医療等分野個人情報連携システム構築の留意点

医療等分野の個人情報の特性を踏まえ、その情報連携のあり方については、中間まとめまでの議論では、本人同意のあり方と併せて、次のような意見が示されました。

今後の医療等分野個人情報連携システムの構築にあたっては、これら意見を盛り込み、保護と活用のバランスを実現させるとしています。

(1)個人情報連携システム構築に向けて重視すべきポイント

個人情報連携システムの構築に向けて、「中間まとめ」ではさまざまなケースに対応して、重視するポイントを整理しています。

3 医業経営情報レポート

マイナンバーによるオンライン資格確認の導入

■ 医療情報にかかるマイナンバー制度インフラの活用

(1) 情報漏えいの可能性と対応策の検討

情報インフラ構築において懸念されるのは、マイナンバーで芽づる式に情報が漏えいすることです。情報漏えいを防止するために、番号制度のインフラでは、番号利用機関が相互に情報連携（情報照会と情報提供）を行う場合、マイナンバーを直接用いることなく、機関ごとにマイナンバーに対応して振り出された機関別符号を利用することとしました。各利用機関は、住基ネットに接続し、利用する各マイナンバーに対応した利用機関ごとに異なる符号を取得することにより情報漏えいを防止します。ただし、保険医療機関・保険薬局（約 23.3 万施設）がそれぞれ住基ネットに接続して機関別符号を取得し、情報提供ネットワークに接続するのは、各医療機関の負担や制度全体でも大きなコストがかかり、実務上の課題も指摘されています。

(2) マイナンバー制度の情報インフラの仕組み

マイナンバー制度は、行政機関等が効率的な情報管理と迅速な情報の授受にマイナンバーを用いることで、行政運営の効率化や国民の利便性の向上を図ることを目的としており、マイナンバーの利用範囲と利用機関を法律に明記するとともに、医療機関等が医療情報の連携にマイナンバーを用いる仕組みとはしていません。一方で、マイナンバー制度では、住民票コードと対応した一意的な識別子（機関別符号：ID）を用いた情報連携の仕組みがあることや、高度なセキュリティを備えた高機能なICチップの個人番号カードによる公的個人認証の仕組みを活用して、行政機関が保有する個人情報を含め、国民自らが様々な本人の個人情報に安全で効率的にアクセスできる情報インフラの構築を進めており、医療等分野でも、広く社会で利用されるマイナンバー制度の情報インフラを最大限に活用していくことが合理的だとしています。

(3) マイナンバー制度における医療保険の資格管理の仕組み

本研究会の検討により、個人番号カードにはマイナンバーが記載されているため、医療情報とマイナンバーが結びつく可能性があるため、マイナンバーが記載された個人番号カードに被保険者証の機能を付加することは問題があると指摘されています。そのため、被保険者証や診療券など他の媒体を用いる方法についても検討が求められます。一方、医療機関等で何らかの媒体に記録した識別子を読み取る方法を用いる場合、広く社会で利用される情報インフラを安全かつ効率的に活用する観点から、個人番号カードのICチップを用いる仕組みが合理的だとしています。

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:経営計画 > サブジャンル:中期経営計画

年度経営計画と中期経営計画

年度経営計画と中期経営計画では どちらから策定すべきでしょうか。

中期経営計画は病院を取り巻く環境変化に対応すべく、病院の構造革新を含んだ計画であるのに対して、年度経営計画は当該年度の実行計画としての性格を持っています。つまり、前者は戦略的計画であるのに対し、後者は戦術的計画と位置づけられます。したがって、まず中期経営計画を策定し、その1年目の計画として年度経営計画を策定するということになります。

中期経営計画は、病院が進むべき方向と目標を実現するために戦略を具体化した計画です。中期経営計画が重要視されるのは、3～5年の計画期間が、重要な戦略を具体化するのに適した期間だからです。

激しい環境変化のなか、長期計画を立てても実現可能性が低く、年度経営計画だけでは病院の方向性を定めるのが難しいため、現在の延長線上の計画となりがちで、成り行き経営に陥る危険性があります。中期経営計画は、3～5年後の自院の「こうありたい」というビジョンを明確にし、それを実現するための戦略を策定し、業務活動に落とし込むという経営サイクルを回すための設計図であり、経営活動の基本であるといえます。

一方、年度経営計画の役割とは、中期経営計画における目標は数年後の目標のため、すぐには到達できないレベルの目標であり、一足飛びに目標を達成することは困難なものです。

したがって、計画の過程において、マイルストーンを置く必要が出てきます。このマイルストーンが年度経営計画で設定される年度目標で、この達成が中期経営計画達成につながります。

昨今は環境変化が激しく、策定した計画の見直しを常に行わなければなりません。見直しの仕方には下記の2つの方法が挙げられますが、それぞれ一長一短があります。ローリングプランを用いる病院が多いようですが、病院を取り巻く環境を踏まえた上での判断が必要です。

●ローリングプラン（毎年見直しする）

【長所】 環境変化を適宜織り込むことが出来る

【短所】 2年目以降の中期経営計画が楽観的になりやすい

●フィックスプラン（毎年見直しする）

【長所】 立てた目標に対する執着心が強くなる

【短所】 外部環境変化などによる目標の形骸化、現実との乖離が大きくなる

ジャンル:経営計画 > サブジャンル:中期経営計画

中期経営計画の策定

**中期経営計画の策定には
組織のどの階層が関わるべきでしょうか。**

組織を階層ごとに区分していくと、経営者といわれるトップマネジメント、管理者といわれるミドルマネジメント、そして業務職能を遂行する一般職員の3つの階層に分けることができます。

経営計画を策定するにあたり、階層のかかわり方により3つの方式がとられます。

① トップダウン方式

経営者自らが、経営理念、基本方針、経営戦略のほとんどを作成し、管理者、一般職員がそれに従っていくものです。

これは、経営状況が極めて激しく、スピードある革新が求められる場合や管理者がまだ経営計画の策定に参加するレベルにないケースには有効な方式です。

② ミドルアップアンドダウン方式

経営者が経営理念・経営基本方針を示し、管理者（ミドル）がそれに対して部門方針、経営目標（計数目標）と計数計画書、そして実行計画の原案を作成し、経営者とのすり合わせの中で決定していく方法をいいます。

この方法をとることにより、トップダウン方式のように命令される働きではなく、自ら使命感を持った働きなので、無限の可能性があります。

そのため、病院運営に携わる職員一人ひとりの自主的、創造的な働きができます。

③ ボトムアップ方式

経営者が経営理念と経営基本方針を示し、それに対して部門管理者（ミドル）が部門ごとの方針を設定します。

次に、部門管理者と職員が前年実績をもとに積み上げ方式で利益計画を作成し、部門管理者と経営者がそれらを尊重してすり合わせを行いながら、策定していく方法です。