

週刊WEB

医療経営

MAGA
ZINE

Vol.698 2021.11.16

医療情報ヘッドライン

財務省、「本体マイナス改定」を主張 「因習は払拭すべき」との文言も

▶財務省 財政制度等審議会 財政制度分科会

医療法人の事業報告書、デジタル化へ 事務負担軽減と「更なる透明化」が目的

▶厚生労働省 社会保障審議会医療部会

週刊 医療情報

2021年11月12日号

全世代型社会保障構築会議 初会合、座長には清家篤氏

経営TOPICS

統計調査資料

病院報告

(令和3年5月分概数)

経営情報レポート

2022年度診療報酬改定を見据えた 外来・在宅医療の現状と今後の方向性

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

中期経営計画策定にはどの階層が関わるべきか

財務省、「本体マイナス改定」を主張 「因習は払拭すべき」との文言も

財務省 財政制度等審議会 財政制度分科会

財務省は、11月8日の財政制度等審議会財政制度分科会で、来年度の診療報酬改定について、技術料にあたる「本体」のマイナス改定を強く訴えた。

「診療報酬（本体）の『マイナス改定』を続けることなくして医療費の適正化は到底図れない」とまで言い切っているうえ、このところ続いている薬価改定率との“調整”について「フィクションにフィクションを重ねたもの」「診療報酬改定等まつわる因習は払拭されなければならない」と断言。例年以上に強い牽制で、緊縮財政をさらに推し進めようとする姿勢を明確に打ち出した格好だ。

■ 昨年の建議ではコロナ財政支援を否定

2年に1度行われる診療報酬改定は、前年秋から厚生労働省の中央社会保険医療協議会で本格的な議論が展開され、12月に行われる財務大臣と厚生労働大臣の折衝によって改定率が決定する流れだ。そのため、財政制度等審議会の建議がとりまとめられる11月初旬から中旬に、医療費の削減を目指す財務省が医療団体や厚生労働省を牽制するのが恒例となっている。ちなみに昨年の建議では、新型コロナウイルス感染拡大の影響についても「基本的には一時的な受診控えによるもの」と突き放し、医療機関への財政支援を否定する姿勢を隠さなかった。

今年はどうやら、ストレートに「本体のマイナス改定」を主張する方針のようだ。その根拠は、医療費の伸び率が平均+1.8%と上がり続けていることにある。「仮に『マイナス改定』が続いてきたとしても、2年に1度の診療報酬（本体）の改定率が平均▲3.2%

を下回らない限り、理論上は、なお残る高齢化等による市場の拡大から医療機関等が収入増加を享受することが可能であったことになる」とし、「診療報酬（本体）改定率について医療費の適正化とは程遠い対応を繰り返してきた」と断じた。

そのうえで、「まずは改定前の診療報酬（本体）の伸びがどのような水準かということを出発点として改定の議論を行うことが適当であり、そこが高止まりしているのであれば、躊躇なく『マイナス改定』をすべきである。そうしたプロセス抜きに、診療報酬（本体）の改定率を論う意義は乏しい」としており、次期改定のみならず、今後しばらくマイナス改定を続けるべきだとおわせている。

■ 医療機関の経営実態は近年になく好調と明記

財務省がここまで強硬な姿勢をとるのは、コロナ禍で多くの補助金が交付されたことも関係しているようだ。コロナ関係補助金によって医療費が大幅に増大したことを示すグラフを提示しつつ、以下のように明記している。

「医療機関はマクロとして令和2年度に概算医療費の対前年度減少を補う以上の補助金収入を享受しており、令和3年度については、足元の実績から推計した医療費の見込みに、前年度繰り越し分も含め予算措置されている補助金収入を足した計数は47兆円程度と見込まれ、医療機関の経営実態は近年になく好調であることが窺える」

こうした財務省の強硬な主張に対し、医療団体や厚生労働省はどのように応じていくのか。今後の中央社会保険医療協議会総会の議論を注視したい。

医療法人の事業報告書、デジタル化へ 事務負担軽減と「更なる透明化」が目的

厚生労働省 社会保障審議会医療部会

厚生労働省は、11月2日の社会保障審議会医療部会で、毎年度都道府県知事に届出がなされる医療法人の事業報告書などをデジタル化する方針を示した。

届出は来年度（2022年度）から、閲覧は再来年度（2023年度）から「都道府県のホームページ等」で可能にする。

医療法人および都道府県双方の事務負担を軽減すると、医療法人の運営の「更なる透明化」を図るのが狙いだ。

■現在は届出も閲覧も、紙媒体で行われている

医療法人は、医療法第52条第1項に基づき、毎会計年度終了後3カ月以内に「事業報告書、財産目録、貸借対照表、損益計算書、監査報告書及び関係事業者との取引の状況に関する報告書その他の書類」を都道府県知事に届け出る必要がある。また、医療法第52条第2項に基づき、運営情報の透明性を確保する観点から、都道府県は請求があった場合に事業報告書や監査報告書を閲覧できるようにしなければならない。

ところが、現在は紙媒体で届出も閲覧も行われていることから、医療法人と都道府県の双方に事務負担が生じている（ちなみに、今年3月末時点で医療法人の数は56,303）。

また、閲覧に関しては「一覧的に把握できる仕組みが無い」ため、医療法人の経営実態が見えにくい状況にある。

社会全体でデジタルシフトが加速していることもあり、政府は今年6月に閣議決定された「骨太の方針2021（経済財政運営と改革の基本方針2021）」で「医療法人の事業報告書等をアップロードで届出・公表する全国

的な電子開示システムを早急に整え、感染症による医療機関への影響等を早期に分析できる体制を整備する」と盛り込んでいた。

つまり、医療法人の経営状態を可視化させて、会計の透明性を高めるだけでなく、必要となときに素早く財政支援を行える体制を整えようというわけだ。

■当面は紙での提出も可能だが

都道府県はデジタルデータで保存

具体的には、「2021年（令和3年）4月～2022年（令和4年）3月末」以降の会計年度の事業報告書等のデジタル届出を可能にするための省令改正を実施。届出は医療機関等情報支援システム（G-MIS）へのアップロードとし、当面は紙媒体での届出も可能とする。

ただし、紙媒体は今後、「国が委託した事業者」が都道府県から入手して電子化し、都道府県に提供する仕組みとするため、事実上2022年度からすべての事業報告書がデジタルデータに変わる事となる。

そのため、G-MISの改修および省令改正は来年3月までに実施する予定だ。

なお、厚労省が公表している資料によれば、データはExcelを使うことを想定しているようだ。第三者による改ざんをどのように防止するのか、Excel以外の形式でも届出が可能になるのかなど、細部はこれから詰めていくことになるだろう。

いずれにしても、政府および厚労省が目指している医療法人の経営状況のデータベースと、全国的な電子開示システム構築に向けた大きな一歩を踏み出すことになりそうだ。

医療情報①
 政府
 初会合

全世代型社会保障構築会議 初会合、座長には清家篤氏

政府は11月9日、全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築する観点から社会保障全般の総合的な検討を行う「全世代型社会保障構築会議」の初会合を開いた。

座長には清家篤・日本私立学校振興・共済事業団理事長（慶應義塾学事顧問）を選んだ。

また、同会議の下に「公的価格評価検討委員会」を設置し、増田寛也・東京大学公共政策大学院客員教授を座長とした。この日の会合は同会議と同委員会の合同会議。

会議には岸田文雄首相も出席。会議の最後にあいさつに立ち、「公的価格のあり方を見直し、看護・介護・保育・幼稚園などの現場で働く方々の収入を引き上げていくこと、また、子どもから子育て世代、お年寄りまで、誰もが安心できる、全世代型の社会保障を構築していくことは、（岸田首相の）分配戦略の大きな柱」だと述べた。

そのうえで、看護等の現場で働く方々の収入の引上げが最優先課題だとし、「民間部門における春闘に向けた賃上げの議論に先んじて、今回の経済対策において、必要な措置を行い、前倒しで引き上げを実施する」と表明した。（以降、続く）

医療情報②
 中医協
 総会

精神医療と療養・就労両立支援の 評価を議論

中央社会保険医療協議会（中医協、会長＝小塩隆士・一橋大学経済研究所教授）は11月5日に総会を開き、精神医療と療養・就労両立支援の評価について議論した。

精神医療でテーマとなったのは、以下の通り。

- ▼療養生活環境整備指導加算の評価
- ▼在宅支援管理料の対象患者
- ▼通院・在宅精神療法に係る評価
- ▼依存症に対する入院・外来医療に係る診療報酬上の評価
- ▼児童・思春期精神医療で長期に継続して外来診療を要する事例に対する診療報酬上の評価
- ▼認知症専門診断管理料の評価

療養生活環境整備指導加算について、城守国斗委員（日本医師会常任理事）は「現行の加算は月1回の算定だが、退院間もない患者には濃厚なかかわりが必要なので、算定回数を2回程度に見直すことも必要ではないのか」と提言。松本真人委員（健康保険組合連合会理事）は「対象患者をどこまで拡大するのかを十分に見極めたい」と述べた。

在宅支援管理料の対象患者について、城守委員は「前回改定で精神科在宅患者支援管理料を再編した結果、在宅患者支援で困難事例が浮き彫りになった。市町村から依頼された引きこもり状態の患者も対象に加えるなど要件を緩和すべきだ」と主張した。松本委員は賛意を示したものの、「算定の前提が重度の患者なので十分に留意してほしい」とクギを刺した。

通院・在宅精神療法に係る評価では、城守委員が「精神保健指定医は措置入院を含めた全体感を持って対応できるので、診療の質を評価することは検討に値する」と述べたのに対して、松本委員は「条件を設けてメリハリをつけてほしい」と要望した。

依存症に対する入院・外来医療に係る診療報酬上の評価では、城守委員が「アルコール依存症は入院医療のみが評価されているが、入院に至る前の集団療法も十分に意義がある」とコメントした。

児童・思春期精神医療の診療報酬上の評価については、評価と要件見直しの意見が示された。

城守委員は「児童思春期精神科専門管理加算の施設基準が専門性を持った医療機関に限られているが、対応できる医師が専門性を持った医療機関で働いているとは限らないので、要件を見直すように検討すべきだ」と提言。島弘志委員（日本病院会副会長）は「児童思春期の患者は診療期間が長くなるので診療報酬で評価すべきだ」と訴えた。

認知症専門診断管理料の評価では、城守委員が「連携型の医療機関でも身体合併症やBPSDに対する対応が行われているので、認知症専門診断管理料2（患者1人につき3月に1回限り）の対象として連携型も評価すべし」と提言した。

●相談支援加算の対象に精神保健福祉士・公認心理師の追加要望

一方、療養・就労両立支援については、以下がテーマとされた。

- ▼療養・就労両立支援指導料の評価と対象疾患
- ▼療養・就労両立支援指導料の相談支援加算の評価
- ▼がん患者指導管理料の評価

療養・就労両立支援指導料の評価と対象疾患については、城守委員が「対象疾患をガイドラインに合わせて整備することと、労働安全衛生法に位置付けられた職種を連携先に加えるという事務局提案に賛同する」と述べた。

療養・就労両立支援指導料の相談支援加算の評価では、城守委員が「相談支援加算の対象職種に精神保健福祉士や公認心理師を加えることが必要」と主張。

支払側も同意し、安藤伸樹委員（全国健康保険協会理事長）が「メンタルヘルス推進の観点から賛同する」と述べた。

がん患者指導管理料の評価では、城守委員が「がん患者管理指導料の対象となる職種に公認心理師を含めるという事務局提案にチーム医療の観点から賛同する」と述べた。

週刊医療情報（2021年11月12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。

病院報告

(令和3年5月分概数)

厚生労働省 2021年8月20日公表

1. 1日平均患者数(各月間)

	1日平均患者数(人)			対前月増減(人)	
	令和3年5月	令和3年4月	令和3年3月	令和3年5月	令和3年4月
病院					
在院患者数					
総数	1 128 836	1 151 297	1 157 974	△ 22 461	△ 6 677
精神病床	269 794	270 615	270 929	△ 821	△ 314
感染症病床	10 470	6 777	4 338	3 693	2 439
結核病床	1 178	1 156	1 124	22	32
療養病床	244 330	247 160	248 496	△ 2 830	△ 1 336
一般病床	603 064	625 590	633 087	△ 22 526	△ 7 497
外来患者数	1 113 945	1 256 825	1 294 037	△142 880	△ 37 212
診療所					
在院患者数					
療養病床	3 161	3 159	3 271	2	△ 112

注) 数値は四捨五入しているため、内訳の合計が総数に合わない場合もある。

2. 月末病床利用率(各月末)

	月末病床利用率(%)			対前月増減	
	令和3年5月	令和3年4月	令和3年3月	令和3年5月	令和3年4月
病院					
総数	74.4	74.2	75.4	0.2	△ 1.2
精神病床	83.1	83.3	83.1	△ 0.2	0.2
感染症病床	519.7	475.6	269.6	44.1	206.0
結核病床	28.4	28.9	28.0	△ 0.5	0.9
療養病床	84.4	85.4	85.4	△ 1.0	△ 0.0
一般病床	67.3	66.5	69.1	0.8	△ 2.6
診療所					
療養病床	49.8	50.1	49.4	△ 0.3	0.7

注1) 月末病床利用率 = $\frac{\text{月末在院患者数}}{\text{月末病床数}} \times 100$

注2) 月末在院患者数は、許可(指定)病床数にかかわらず、現に当月の末日24時現在に在院している患者数をいう。このため、感染症病床の月末在院患者数には、緊急的な対応として一般病床等に在院する者を含むことから100%を上回ることがある。

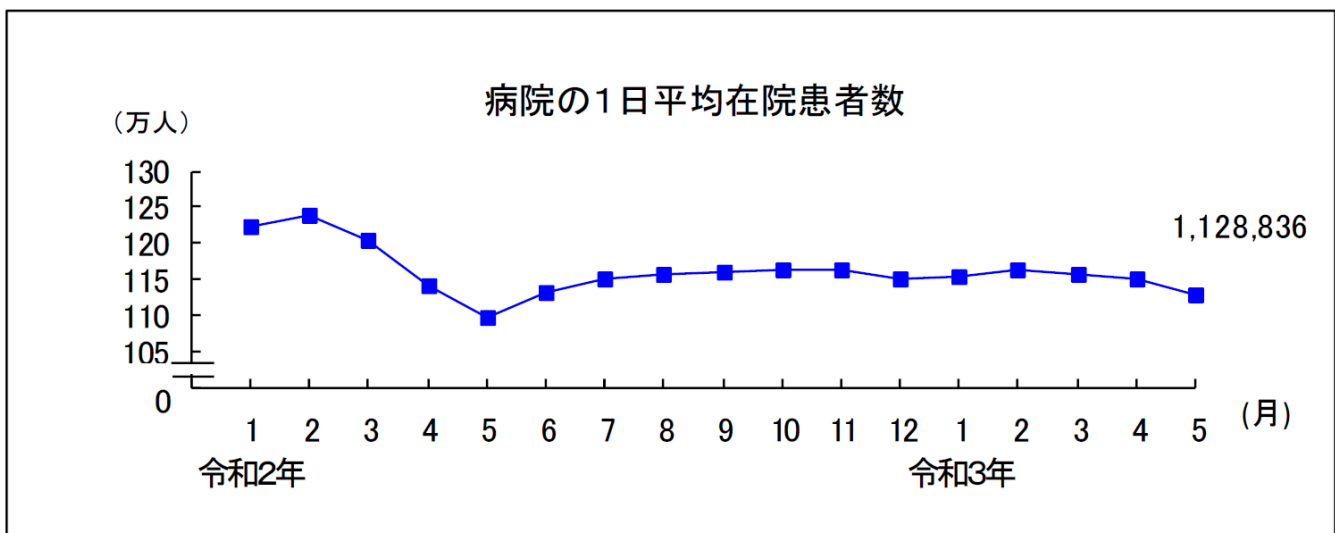
3. 平均在院日数(各月間)

	平均在院日数(日)			対前月増減(日)	
	令和3年5月	令和3年4月	令和3年3月	令和3年5月	令和3年4月
病院					
総数	29.4	27.1	27.0	2.3	0.1
精神病床	298.0	263.5	259.1	34.5	4.4
感染症病床	11.4	10.2	11.0	1.2	△ 0.8
結核病床	48.2	48.9	51.0	△ 0.7	△ 2.1
療養病床	144.8	127.7	125.6	17.1	2.1
一般病床	17.1	15.9	15.9	1.2	0.0
診療所					
療養病床	122.9	111.3	107.9	11.6	3.4

注) 平均在院日数 = $\frac{\text{在院患者延数}}{1/2(\text{新入院患者数} + \text{退院患者数})}$

ただし、療養病床の平均在院日数 = $\frac{\text{在院患者延数}}{1/2 \left(\begin{array}{l} \text{新入院患者数} + \text{同一医療機関} \\ \text{からの他の病床} \\ \text{から移された患者数} \end{array} + \begin{array}{l} \text{退院患者数} + \text{同一医療機関内} \\ \text{の他の病床へ} \\ \text{移された患者数} \end{array} \right)}$

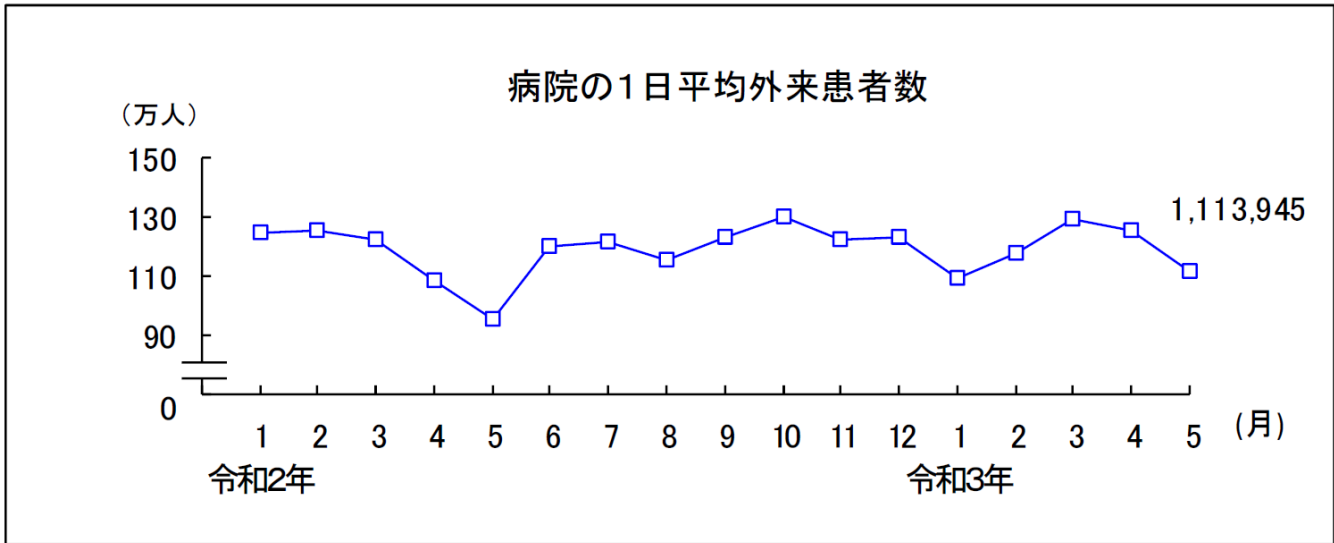
◆ 病院:1日平均在院患者数の推移



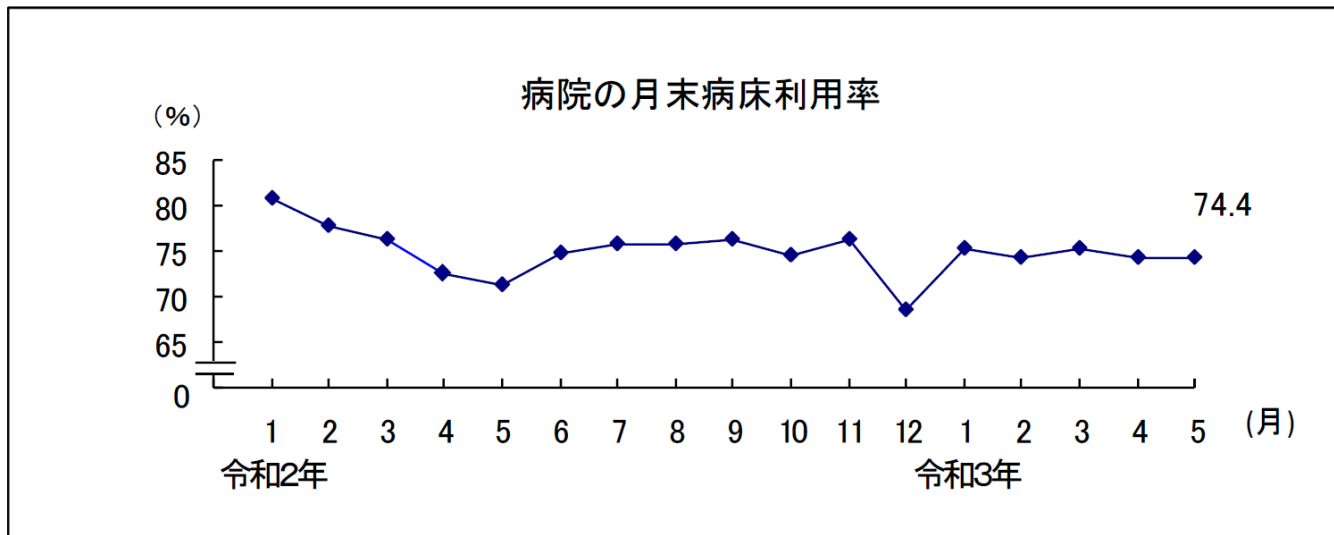
注1) 数値は全て概数値である。

注2) 令和2年6月分、7月分については、令和2年7月豪雨の影響により、熊本県の病院1施設は報告のあった患者数のみ計上した。(以下同)

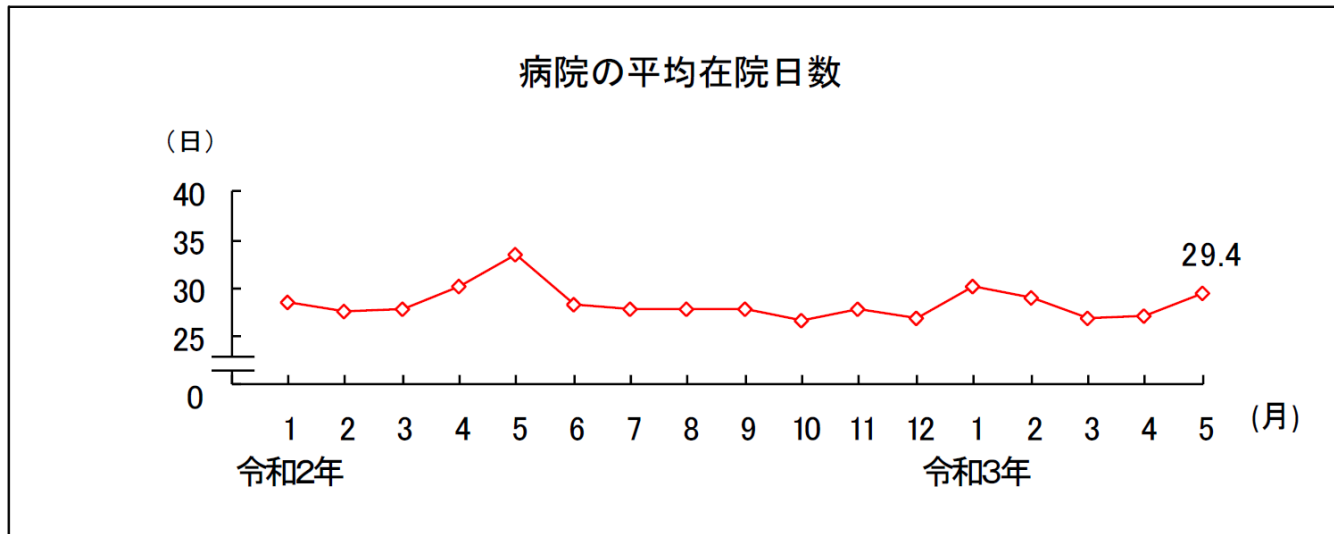
◆病院：1日の平均外来患者数の推移



◆病院：月末病床利用率の推移



◆病院：平均在院日数の推移



病院報告（令和3年5月分概数）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



制 度 改 正

2022年度診療報酬改定を見据えた 外来・在宅医療の 現状と今後の方向性

1. 外来医療・在宅医療を取り巻く課題
2. かかりつけ医機能強化の推進と報酬上の取組
3. 今後の需要増を見据えた在宅医療の展望



■参考資料

【厚生労働省】：第8次医療計画等に関する検討会資料 中医協 総会資料
在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ資料

1

医業経営情報レポート

外来医療・在宅医療を取り巻く課題

■ 外来医療をとりまく環境とかかりつけ医機能強化に関する課題

外来医療の現状として、高齢化の進展により、複数の慢性疾患を抱える高齢者が増加しています。かかりつけ医機能を担う医療機関においては、予防や生活全般に対する視点も含め、継続的・診療科横断的に患者を診るとともに、必要に応じて適切に他の医療機関を紹介するなど、かかりつけ医機能を強化していくことが課題となっています。

新型コロナウイルス感染症への対応でも、高齢者や基礎疾患を有する者は重症化するリスクが高いと報告されており、生活習慣病等に継続的・総合的に対応する、かかりつけ医機能の重要性は高いと考えられています。

◆「かかりつけ医」と「かかりつけ医機能」 日本医師会・四病院団体協議会合同提言より抜粋

●「かかりつけ医」とは(定義)

なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要なときには専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師。

●「かかりつけ医機能」

- ・かかりつけ医は、日常行う診療においては、患者の生活背景を把握し、適切な診療及び保健指導を行い、自己の専門性を超えて診療や指導を行えない場合には、地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供する。
- ・かかりつけ医は、自己の診療時間外も患者にとって最善の医療が継続されるよう、地域の医師、医療機関等と必要な情報を共有し、お互いに協力して休日や夜間も患者に対応できる体制を構築する。
- ・かかりつけ医は、日常行う診療のほかに、地域住民との信頼関係を構築し、健康相談、健診・がん検診、母子保健、学校保健、産業保健、地域保健等の地域における医療を取り巻く社会的活動、行政活動に積極的に参加するとともに保健・介護・福祉関係者との連携を行う。また、地域の高齢者が少しでも長く地域で生活できるよう在宅医療を推進する。
- ・患者や家族に対して、医療に関する適切かつわかりやすい情報の提供を行う。

■ かかりつけ医機能の普及に向けた取組

かかりつけ医機能の普及に向けた取組は、医療関係団体を中心に進められています。

地域において主にかかりつけ医機能を果たし、地域包括ケアシステムの一翼を担っている医療機関があり、医療機能情報提供制度もありますが、患者の視点から見れば、かかりつけ医機能のイメージは様々です。また、医療機関を選択するに当たっては、外来機能の情報が十分得られている状況とは言えません。

こうした中、厚生労働省では、2021 年度予算において「かかりつけ医機能の強化・活用にかかる調査・普及事業」として 46 百万円の事業を展開しています。

2

医業経営情報レポート

かかりつけ医機能強化の推進と報酬上の取組

■ かかりつけ医機能強化の推進に向けた研修制度

かかりつけ医機能を維持・向上させるための研修として、2016年4月1日から「日医かかりつけ医機能研修制度」が実施されています。「日医かかりつけ医機能研修制度」の概要は以下のとおりとなります。3年間で基本・応用・実地、全ての研修要件を満たした場合、都道府県医師会より、修了証書または認定証が発行されます。

◆研修概要

●日医かかりつけ医機能研修制度の目的

今後のさらなる少子高齢社会を見据え、地域住民から信頼される「かかりつけ医機能」のあるべき姿を評価し、その能力を維持・向上するため研修を実施する。

●実施主体

本研修制度の実施を希望する都道府県医師会

●研修内容

以下の基本研修、応用研修、実地研修の3つ

○基本研修

- ・日医が行う生涯教育制度を受講し、日医生涯教育認定証を取得すること

○応用研修

- ・日医が行う中央研修、関連する他の研修会、および一定の要件を満たした都道府県医師会並びに郡市区医師会が主催する研修等の受講
⇒ 規定の座学研修を10単位以上取得

○実地研修

- ・社会的な保健・医療・介護・福祉活動、在宅医療、地域連携活動等の実践
⇒ 規定の活動を2つ以上実施（10単位以上取得）



3年間で上記要件を満たした場合、都道府県医師会より修了証書または認定証の発行
(有効期間3年)

■ かかりつけ医機能強化推進に向けた診療報酬上の取組

現在、かかりつけ医機能に関する評価として、「地域包括診療料・地域包括診療加算」があります。

かかりつけ医機能に関する評価として創設された報酬ですが、届け出医療機関数・算定件数は施設基準が厳しいことなどが原因で伸び悩んでいる状況です。

例えば、慢性疾患指導に係る適切な研修を修了した医師の配置、対象患者に対し院外処方を行う場合の「24時間対応薬局」との連携、在宅医療の提供体制・連携体制の確保などが施設基準において満たすことが困難な要件となっているようです。

3

医業経営情報レポート

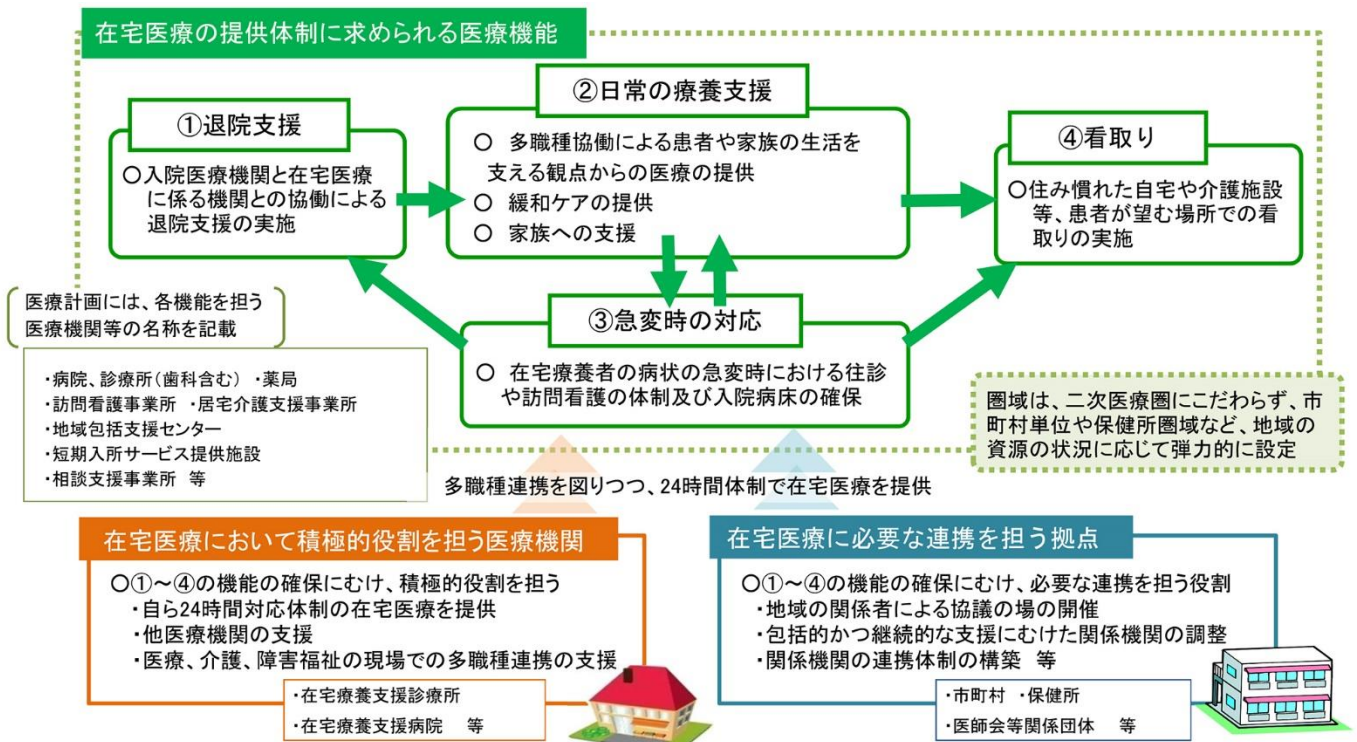
今後の需要増を見据えた在宅医療の展望

■ 在宅医療の現状と需要増に対する国の対応

在宅医療の体制については、都道府県が策定する医療計画で定め、地域の実情を踏まえた課題や施策等を記載しています。

現在、2024年度からスタートする第8次医療計画に向けて、「在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ」では、多職種による在宅医療提供体制や地域性を踏まえた在宅医療提供体制、災害対応や介護との連携を含めた今後の在宅医療のあり方について検討されています。

◆在宅医療提供体制のイメージ



在宅医療の体制構築に係る指針（疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について（平成29年3月31日付け医政地発0331第3号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）より

（出典）第1回在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ資料

在宅医療の需要は高齢化の進展とともに増加しています。在宅患者訪問診療料等の件数の推移を見ると、往診料の件数は横ばいであるのに対し、訪問診療料の件数は大幅に増加していることがわかります。

一方、在宅医療の提供体制については、下記の訪問診療を行う医療機関の推移を見ると、需要に対して供給側の医療機関はあまり伸びていないことが窺えます。

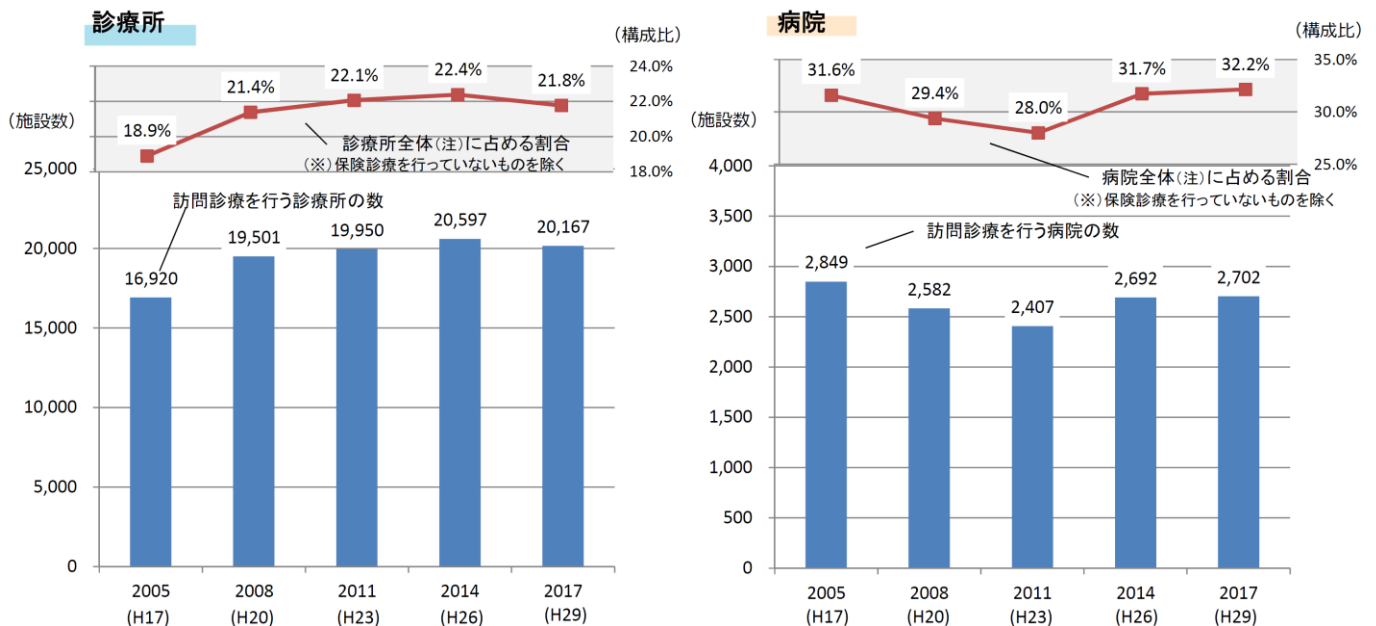
こうした現状もあり、在宅医療の提供体制を充実させることが喫緊の課題となっています。

在宅医療の提供体制の確保に向けては、在宅療養支援診療所以外のクリニックがより在宅医療に取り組みめるよう、2018年度診療報酬改定で「継続診療加算」が創設されました。

しかし、継続診療加算の算定医療機関は400件強、算定回数は3000件強で、在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料の算定回数のうち、継続診療加算の算定回数は約7%程度にとどまり、在宅医療の提供体制が充実してきたとはいええない状況です。

こうした中、次期診療報酬改定では、継続診療加算を見直し、在宅医療に参加する医療機関を増やせるかどうか注目されています。

◆訪問診療を行う医療機関数の推移



(出典) 第1回在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ参考資料

◆継続診療加算の概要と算定医療機関・算定回数

●在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料

継続診療加算 216点(1月に1回) 2018年度改定時に新設

在宅療養支援診療所診以外の診療所が、かかりつけの患者に対し他の医療機関との連携等により24時間の往診体制と連絡体制を構築した場合を評価。

[主な算定要件]

- (1) 当該保険医療機関の外来又は訪問診療を継続的に受診していた患者であること。
- (2) 算定患者ごとに、連携する医療機関との協力等により、24時間の往診体制及び24時間の連絡体制を構築すること。
- (3) 訪問看護が必要な患者に対し、訪問看護を提供する体制を有していること。

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
 どちらから策定するべきでしょうか。

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

中期経営計画策定には どの階層が関わるべきか

**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。