

週刊WEB

医療経営

MAGA
ZINE

Vol.755 2023.1.17

医療情報ヘッドライン

訪問看護レセプトもオンライン請求へ
2024年4月診療分から移行

▶厚生労働省

20年度の医療費地域差、約1.3倍
1人当たり医療費トップは高知県

▶厚生労働省

週刊 医療情報

2023年1月13日号

遠隔支援による
腹腔鏡下手術を実施

経営TOPICS

統計調査資料

医療施設動態調査
(令和4年8月末概数)

経営情報レポート

定着率を向上させる
人事評価制度の組み立てと運用法

経営データベース

ジャンル:経営計画 > サブジャンル:経営戦略

病医院の具体的な経営戦略
経営ビジョン確立のプロセス

医療情報
ヘッドライン
①

訪問看護レセプトもオンライン請求へ 2024年4月診療分から移行

厚生労働省

厚生労働省は 12 月 28 日に「訪問看護レセプト（医療保険請求分）の電子化について（周知依頼）」と題した事務連絡を発出。訪問看護レセプトのオンライン請求を 2024 年 5 月から開始する予定であるとした。

2024 年 4 月診療分から電子化へ移行し、オンライン資格確認にも対応する。医科レセプトはすでに原則として電子化しており、訪問看護のみ例外的に紙運用だったが、来年からとはいえようやく足並みが揃う形となった。

■当初は今年1月から移行する予定だった

なぜ訪問看護レセプト（医療保険請求分）はこれまで紙運用だったのか。それは、訪問看護サービスが介護保険もしくは医療保険のいずれかが適用されることが関係しているといえよう。要支援・要介護の認定を受けている場合は介護保険が適用されるため、医療保険分のほうが絶対数が少ないのは明らかだ。

すでに介護保険分はオンライン請求となっているが、同一回線で医療保険分のレセプト請求はしない方針となっているため、紙運用として取り残されていた。しかし、言うまでもなく紙運用は非効率。オンライン資格確認も導入し、レセプト情報の利活用により医療の質も効率も向上しようとしている医療行政の方向性とも乖離している。

医療 DX の推進が国の重点課題となっている中、訪問看護レセプトだけ紙運用のままにしておくことはもはやできない状況だ。

訪問看護領域というミクロな視点で考えても、介護保険分のデータだけ電子化し、医療保険分のデータは紙で別にあるという状況では、地域医療および在宅医療の実態把握すら

できず、データドリブンな施策など望むべくもないだろう。

そうした事情も踏まえ、厚労省は当初今年 1 月から（2022 年 12 月診療分から）医療保険分のオンライン請求を実施する意向を示していた。ところが昨年 7 月、国民健康保険連合会のシステムが 2024 年 4 月に全面更改されることに決まった。

その時点で社会保険診療報酬支払基金と国民健康保険連合会で統合的なコンピュータチェックを実施することになったため、スケジュールを後ろ倒しして 2024 年 5 月から（2024 年 4 月請求分から）電子化へ移行することとなったのである。

■回線敷設や機器導入の

費用は補助対象となる見込み

なお、医療保険分のオンライン請求がスタートするとともに、オンライン資格確認も可能となる。ただ、患者の自宅などに「訪問」するサービスであるため、医療機関の窓口にカードリーダーを設置してマイナンバーカード保険証を読み取るのとは別の仕組みが開発される予定だ。ネットワーク回線の敷設や関連端末などの機器導入の際の費用は、「補助対象となるよう調整中」（厚労省作成の周知資料より）であり、一定の補助金が出ることは間違いないだろう。

ただ、実務レベルで考えると、介護保険と医療保険で請求時に都度回線の切り替えが必要となる可能性があり、レセプト請求業務が煩雑になることも予想される。訪問看護事業所は業務の効率化とインシデント防止の対策を講じる必要がありそうだ。

医療情報
ヘッドライン
②

20年度の医療費地域差、約1.3倍 1人当たり医療費トップは高知県

厚生労働省

厚生労働省は12月27日に「令和2年度（2020年度）医療費の地域差分析」を公表。市町村国保の1人当たり年齢調整後医療費の最高は高知県、最低は新潟県で、約1.3倍の地域差があった。金額にして10万168円の開きで、前年度である2019年度の9万8,644円より拡大した。全国平均の1人あたり年齢調整後医療費は34万609円で、前年度比1万1,223円減少。コロナ禍初年度で、緊急事態宣言などを受けた「受診控え」の影響が明らかとなっている。

■「西高東低」の傾向が依然として続く

改めて、金額で都道府県別の1人当たり年齢調整後医療費の上位と下位を見ていこう。

上位はトップが前述のとおり高知県で、39万4,613円。全国平均に比べて5万4,004円多い。次いで鹿児島県で39万2,277円、佐賀県38万9,586円、福岡県38万6,473円、長崎県38万4,760円となっている。下位は最低の新潟県が29万4,445円。全国平均よりも4万6,164円少なく唯一30万円を割っている。

次いで少ないのが茨城県で30万7,694円、千葉県30万7,813円、岩手県30万7,966円、長野県30万8,716円。

西日本が高く、東日本が低い傾向にあり、上位と下位5都道府県の顔ぶれは2014年度からの5年間でほとんど変わらない。

■後期高齢者医療の地域差は最高で38万円以上

ただし、医療費は最高と最低を見るだけでも上がっていることがわかる。2014年度の最高は福岡県で37万3,484円、最低は新潟県で27万8,552円だったため、5年間で約2万円も底上げされているのだ。

いわゆる団塊の世代が全員後期高齢者となる2025年が目前に迫っており、今後はさらに医療費が上がっていくことが確実視される。実際、後期高齢者医療の1人当たり年齢調整後医療費を見ると、全国平均で90万574円。コロナ禍の影響で前年度比3万6,757円減少となっているが、受診控えが解消されていく今後は増加に転じるだろう。

また、都道府県別に見ていくと、地域差の解消が重要視されている理由がわかる。最高は高知県で111万3,003円、次いで福岡県108万3,524円、長崎県105万2,236円、鹿児島県105万1,620円、大阪府103万5,963円。100万円を超えているのはほかに佐賀県（102万9,965円）、熊本県（101万7,827円）、大分県（101万4,188円）、北海道（100万6,511円）があり、合わせて9道府県にのぼる。

逆に最も低いのは新潟県で73万2,727円、次いで岩手県73万4,403円、青森県76万8,371円、福島県77万8,074円、山形県78万9,406円となっている。

最高の高知県と最低の新潟県の差は実に38万276円と1.5倍以上の開きがあり、金額こそ前年度（最高の高知県と最低の岩手県の差は39万754円だった）よりもわずかに減っているが、後期高齢者医療のコストで大きな地域差が存在していることが浮き彫りとなった。

医療費の種別で最もインパクトの大きいのは、言うまでもなく入院費だ。機能分化を進める中で入院日数の削減も図られてきたが、こうした地域差分析のようなデータが更新されていく中で、今後さらに「適正化」を強める動きが顕著になっていくことが予想される。

医療情報①
国がん東病院
市立荘内病院

遠隔支援による 腹腔鏡下手術を実施

鶴岡市立荘内病院（山形県鶴岡市、以下「荘内病院」）と国立がん研究センター東病院（千葉県柏市、以下「東病院」）は 12 月 26 日、遠隔による手術指導システムを用いて腹腔鏡下 S 状結腸切除術を 12 月初旬に実施したことを発表した。東病院と荘内病院との医療連携による遠隔アシスト手術は両病院では初となり、国内でも先駆的事例になる。

今回、山形県鶴岡市の荘内病院で行われている腹腔鏡下手術の映像を、千葉県柏市にいる東病院の外科医がリアルタイムで確認し、口頭や図示で荘内病院の外科医を支援した。

平均タイムラグ 0.027 秒という高速通信・映像技術と両院の連携により、安全に手術は実施され、患者の経過は良好で、容体も安定しているという。

腹腔鏡下手術は低侵襲的であるなどの利点から、消化器・一般外科や産科婦人科など多数の領域の手術に応用されている。しかし、腹腔鏡下の手術野で特殊な器具を用いて行う手術であるため高度な技術と経験が要求され、腹腔鏡下手術の普及や若手外科医の指導のためには経験豊富な指導医による手術指導・支援が必要不可欠である。

これまでは腹腔鏡下手術の普及のため、指導医が病院を直接訪問して手術指導・支援を行ってきたが、昨今の外科医不足による指導医不足や外科医の過剰労働によって、直接訪問の時間確保や、新型コロナウイルス感染症拡大の際の行動制限により、病院訪問自体が難しい状況となっている。

このような状況で、通信・映像技術の進歩に伴い遠隔による手術指導システムが開発され、現地を訪問せずに安全に手術指導・支援を行うことが可能となった。また、このシステムにより、手術指導・支援の機会を増やすことが可能となり、腹腔鏡下手術の普及や若手外科医の教育機会の拡大につながることを期待されている。

その実施にあたり、東病院と荘内病院は医療連携の一環として、「リアルタイム遠隔手術支援モデル確立プロジェクト」を立ち上げた。遠隔アシスト手術の実現に向け、両病院におけるシステムの準備や外科医間での手術方法の確認、手術中の意思決定や責任の所在・個人情報の取り扱いなどに関する覚書の締結などを進めてきた。同プロジェクトでは、遠隔による手術指導システム(TELEPRO®)を用いて、東病院大腸外科の日本内視鏡外科学会技術認定取得者が、荘内病院の外科医が行う腹腔鏡下手術を支援。東病院の外科医は自施設の専用パソコンから荘内病院で行われている腹腔鏡下手術の映像をリアルタイムに見ることができ、荘内病院の外科医に対して、専用パソコンの画面上に記載する指示線や口頭で支援する。

荘内病院の手術室には腹腔鏡下手術の映像を映すメインモニターのほかに、東病院の外科医の指示線を映すサブモニターが設置され、音声や指示線を参考に手術を行った。

リアルタイムでの遠隔手術支援の実現により、地域の患者の医療の選択肢が増えるとともに、遠方からの移動に伴う身体的・精神的・経済的負担が軽減される。また、外科医不足および外科医の過剰労働に伴う指導医不足や、新型コロナウイルス感染症などの感染症拡大に伴う行動制限による手術指導・支援機会の喪失に対応する、新たな地域医療支援方法として期待される。

医療情報②
エーザイと
バイオジェン

アルツハイマー治療薬「レカネマブ」、 米FDAが迅速承認

エーザイと米国製薬メーカー・バイオジェンは 1 月 7 日、米国食品医薬品局（FDA）がアルツハイマー病（AD）の治療薬として、「レカネマブ」を同月 6 日に迅速承認したことを発表した。同承認は、レカネマブが AD の特徴である脳内に蓄積した「Aβ プラーク」の減少効果を示した臨床試験の結果に基づくもの。エーザイは、最近発表した大規模なグローバル臨床試験のデータを用い、フル承認に向けた申請を FDA に対して行った。

今回承認されたレカネマブの適応症は、AD の治療に対するもの。レカネマブによる治療は、臨床試験と同様、AD による軽度認知障害または軽度認知症の患者において開始する必要がある。これらの病期よりも早期または後期段階での治療開始に関する安全性と有効性のデータは現在のところないが、同適応症は、レカネマブの治療により観察された Aβ プラークの減少に基づき、迅速承認のもとで承認されており、検証試験により臨床的有用性を確認することが迅速承認の要件となっている。またレカネマブの用法・用量として、治療開始前に「Aβ」病理が確認された患者に対して、10 mg/kg を推奨用量として 2 週間に 1 回点滴静注する。

レカネマブによる治療の最初の 14 週間は、アミロイド関連画像異常（ARIA）について特に注意深く患者の様子を観察することが推奨されるという。さらに、レカネマブの投与開始前に、ベースライン時（直近 1 年以内）の脳 MRI、および投与後の MRI による定期的なモニタリング（5 回目、7 回目、14 回目の投与前）が実施される。

一方、レカネマブの副作用などの安全性は、試験でレカネマブを少なくとも 1 回投与された 763 人の被験者で評価された。レカネマブ 10mg/kg を隔週投与された被験者（N=161）の少なくとも 5%に報告され、プラセボ投与被験者（N=245）より少なくとも 2%高い発生率だった主な副作用は、頭痛（レカネマブ：14%、プラセボ：10%）、咳（レカネマブ：9%、プラセボ：5%）および下痢（レカネマブ：8%、プラセボ：5%）だった。レカネマブの投与中止に至った最も多い副作用はインフュージョン・リアクションであり、レカネマブ投与群は 2%（161 人中 4 人）に対して、プラセボ投与群は 1%（245 人中 2 人）だった。

週刊医療情報（2023年1月13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 (令和4年8月末概数)

厚生労働省 2022年10月31日公表

病院の施設数は前月に比べ 6施設の減少、病床数は 933床の減少。
一般診療所の施設数は 115施設の増加、病床数は 131床の減少。
歯科診療所の施設数は 38施設の増加、病床数は 増減なし。

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
	令和4年 8月	令和4年 7月			令和4年 8月	令和4年 7月	
総数	180 976	180 829	147	総数	1 573 402	1 574 466	△ 1 064
病院	8 156	8 162	△ 6	病院	1 492 720	1 493 653	△ 933
精神科病院	1 056	1 056	-	精神病床	322 011	322 041	△ 30
一般病院	7 100	7 106	△ 6	感染症 病床	1 909	1 905	4
療養病床を 有する病院 (再掲)	3 459	3 462	△ 3	結核病床	3 863	3 867	△ 4
地域医療 支援病院 (再掲)	670	671	△ 1	療養病床	278 889	279 405	△ 516
				一般病床	886 048	886 435	△ 387
一般診療所	105 065	104 950	115	一般診療所	80 624	80 755	△ 131
有床	5 972	5 981	△ 9				
療養病床を有 する一般診療 所(再掲)	587	593	△ 6	療養病床 (再掲)	5 762	5 806	△ 44
無床	99 093	98 969	124				
歯科診療所	67 755	67 717	38	歯科診療所	58	58	-

2 開設者別にみた施設数及び病床数

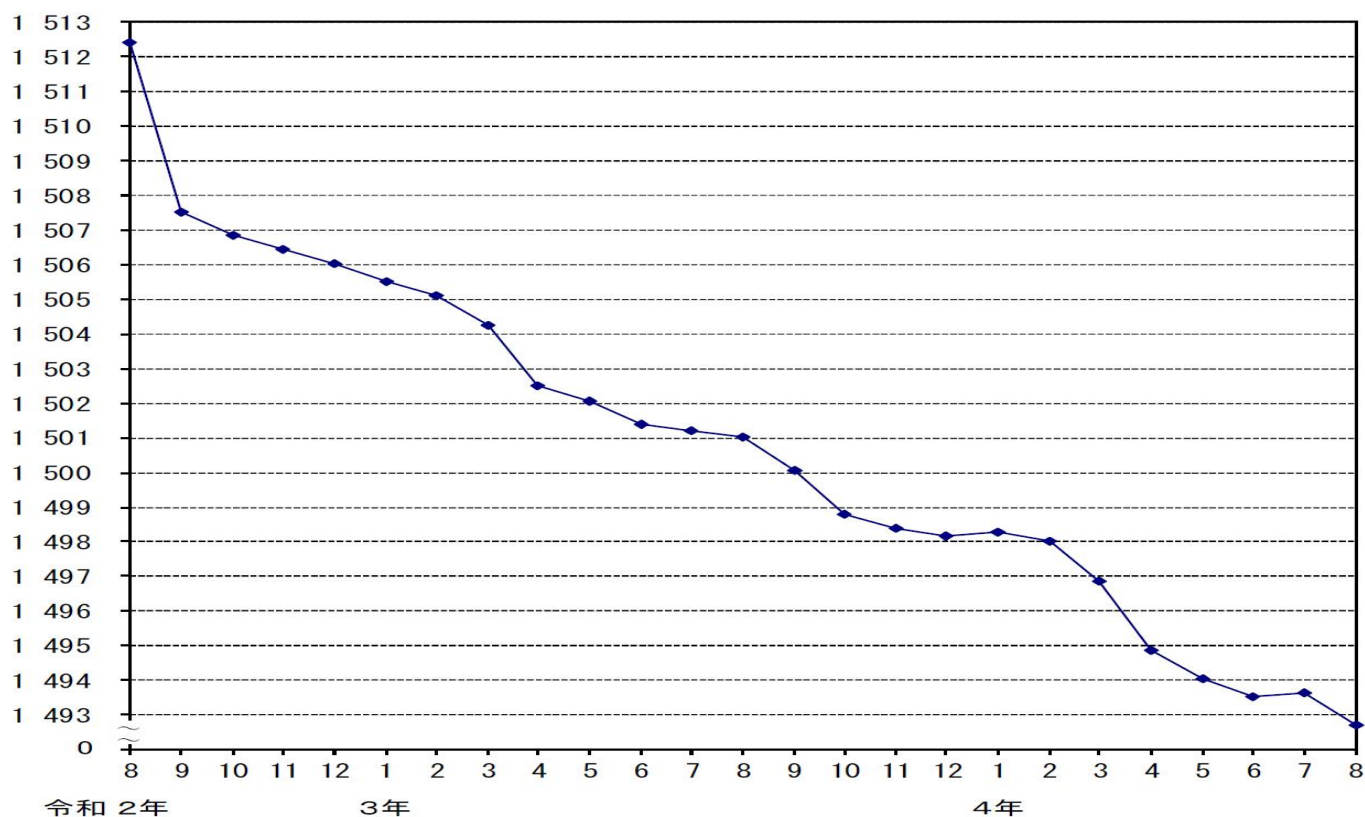
令和4年8月末現在

	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	8 156	1 492 720	105 065	80 624	67 755
国 厚生労働省	14	4 168	21	-	-
独立行政法人国立病院機構	140	52 486	-	-	-
国立大学法人	47	32 733	147	-	-
独立行政法人労働者健康安全機構	32	11 864	1	-	-
国立高度専門医療研究センター	8	4 078	-	-	-
独立行政法人地域医療機能推進機構	57	15 259	5	-	-
その他	18	3 322	367	2 173	4
都道府県	188	46 398	322	186	7
市町村	598	120 429	3 459	2 007	250
地方独立行政法人	129	51 714	38	17	-
日赤	91	34 460	202	19	-
済生会	82	22 153	56	10	1
北海道社会事業協会	7	1 622	-	-	-
厚生連	99	31 403	66	44	-
国民健康保険団体連合会	-	-	-	-	-
健康保険組合及びその連合会	7	1 569	282	-	2
共済組合及びその連合会	39	12 937	139	-	4
国民健康保険組合	1	320	13	-	-
公益法人	188	46 422	480	146	93
医療法人	5 659	834 386	45 860	62 847	16 192
私立学校法人	113	56 260	211	38	16
社会福祉法人	201	33 955	10 360	400	45
医療生協	79	13 087	293	182	48
会社	27	7 823	1 629	10	12
その他の法人	207	43 014	1 049	435	133
個人	125	10 858	40 065	12 110	50 948

参 考

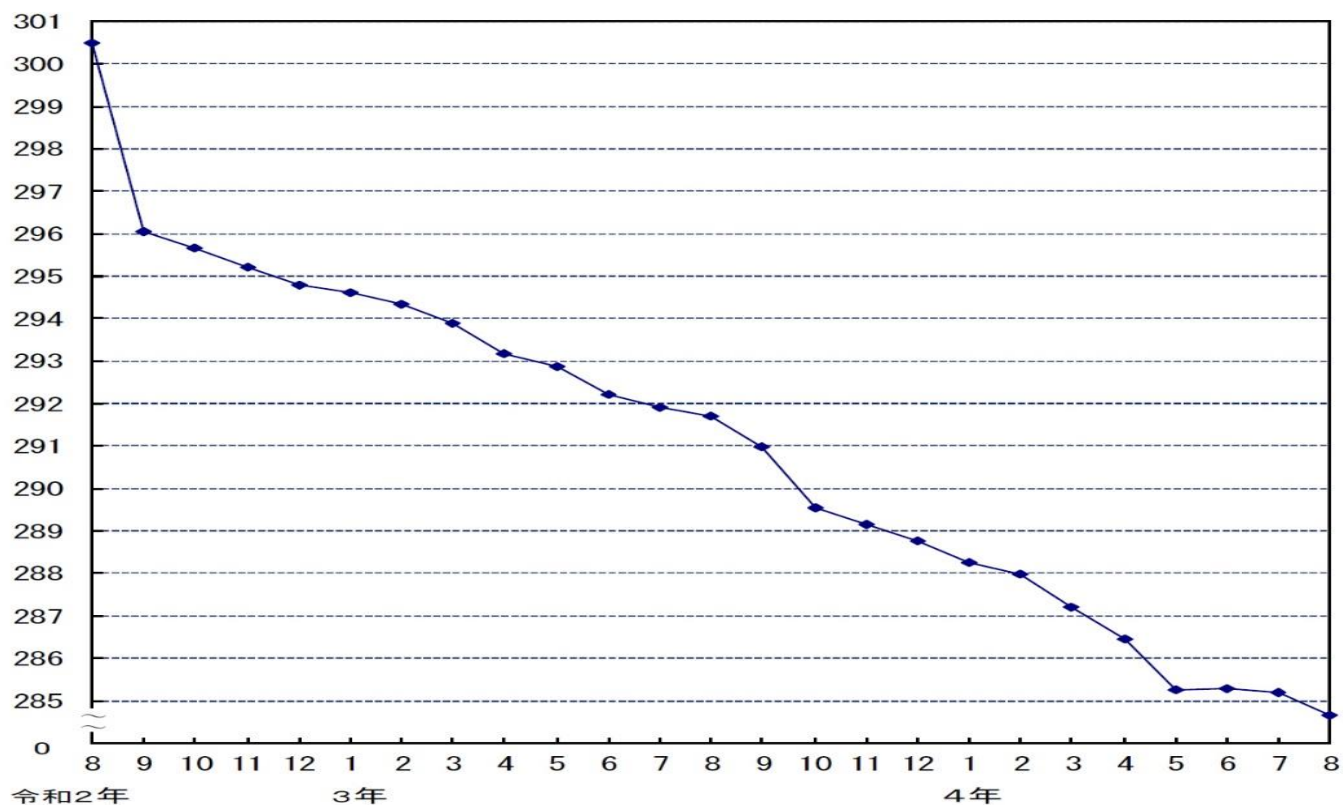
病床（千床）

病院病床数



病床（千床）

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（令和4年8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



福 祉 経 営

定着率を向上させる

人事評価制度の 組み立てと運用法

1. 人事評価表をオリジナルで作成すべき理由
2. 5つのステップで完成するプロセス評価
3. 法人理念の実現に向けた行動基準の作り方
4. サービス力がアップする職務評価
5. 育成効果を高めるためのポイント
6. 人事評価結果を来期の育成に活かす仕組み



1

医業経営情報レポート

人事評価表をオリジナルで作成すべき理由

■ 理念実現や職員成長のために活用する評価表

人事評価制度が上手く機能していない失敗例としては、施設長が他施設やネットから評価表を流用している、書籍に記載されている評価表をコピーして職員に渡しているなどのケースです。

この場合、形だけの人事評価制度が構築され、法人理念や職員の声が反映されないために、職員から受け入れられない制度になってしまいます。現場の職員から「こんな人事評価制度はダメだ!」と言われるようでは、人事評価制度の運用がうまくいくはずがありません。

人事評価表は、見た目の美しさや項目の精密さを追求するのではなく、法人や施設が目指していることや、職員のなりたい姿が評価表に落とし込まれていることがとても重要です。人事評価表は、職員を育て、職員の成長を通して理念を実現するために活用するものだからです。

法人理念や求める職員像は施設によって異なります。したがって評価表は施設オリジナルのものでなければ意味がありません。

評価表は理念実現や職員成長のために活用するもの



リーダーの思いが詰まっていない評価表
評価要素が多すぎて細かすぎる評価表



法人や施設が目指していることが記載された評価表
職員のなりたい姿が落とし込まれた評価表



施設オリジナルの評価表でなければ意味がない

■ 評価項目別の評価要素の作成

施設オリジナルの評価表を作成する場合、一般的に施設長を含むプロジェクトメンバー（リーダー）が考えて施設独自の評価内容や着眼点を定めますが、評価表の評価要素は一般的な評価理論に沿って作成します。

これにより評価項目や評価要素の抜けや漏れを防ぐことができます。

(1)人事評価表の構成

人事評価表の構成要素の大枠は、「プロセス評価」、「職務評価」、「個別目標評価」の3つに分かれ、そのうち1つを導入することも有効です。

(2)プロセス評価における3つの評価項目

人事制度の運用のカギを握るといわれる人事評価の項目は、通常3つの評価項目の組み合わせによって成り立っています。

2

医業経営情報レポート

5つのステップで完成するプロセス評価

■ 職員参加型で行うオリジナル人事評価表の作成方法

職員育成を主眼とする人事評価制度では、人事評価表において法人・施設が求める職員像、評価・育成のポイント（基準）を着眼点としてまとめ、明示する必要があります。

また、人事評価表の作成方法も様々なものがありますが、職員の理解を促進し、早期の浸透を目指すには、職員を巻き込んで作成することが望めます。

【ステップ1】人事評価表策定チームの結成

全職員で作成することも一つの方法ですが、現実的かつ効率を考えると、ある程度メンバーを絞り込んで実施することが望ましいといえます。

メンバー選定のポイントは以下の通りです。

- 施設のキーマンを外さない
- 全ての部門から最低1名は参加させる
- できれば、一般職員も参加させる

【ステップ2】着眼点の抽出

メンバーが集まったら、まずは理想の職員に求められる要件（着眼点）の抽出を行います。

「いつも笑顔で挨拶ができる」とか、「書類の提出期限を守る」といった単純なことから、「子どもの成長段階にあわせた確かな保育計画を立てることができる」といった高度な内容まで、思いつく限りたくさんあげてもらいます。

【ステップ3】着眼点の整理

ステップ2で抽出した着眼点について、整理を行います。まずは全く同じ内容のものは一つにします。また、似た内容については同じカテゴリーに分類します。その際、それが人事評価の評価要素（規律性、責任性など）のどこに該当するかも考慮します。

【ステップ4】着眼点の文章化

ステップ3でカテゴリー分けした着眼点を一つの文章に整理していきます。「明るい」「笑顔」「挨拶」といった項目をまとめて、「笑顔で明るい挨拶ができているか」といった具合に着眼点の文章としてまとめます。この時のポイントは、一つの文章にまとめられないものは、要素としては別であると判断して、それぞれで文章化を行うことです。

【ステップ5】着眼点の絞り込み

最後に、ステップ4で文章化した着眼点から、実際に評価表に掲載する着眼点を選択していきます。評価表に掲載する着眼点は、職員が理解し日常心掛けることができる程度の数に絞り込むことが望ましいといえます。

3

医業経営情報レポート

法人理念の実現に向けた行動基準の作り方

■ コンピテンシーの活用

評価制度の導入に限らず、職員の行動基準を作成する上で有効なツールとして「コンピテンシー」というものがあります。コンピテンシーとは、職場内の優秀者に共通してみられる行動特性のことで、「ある職務や役割において優秀な成果を発揮する行動特性」などと定義されています。優秀職員の専門技術・ノウハウ・基礎能力等を細かに観察し、何がその人を「仕事ができる職員」にしているのかを明らかにするものです。

このコンピテンシーをベースに自施設の人事評価要素を組み立てることも可能です。

コンピテンシーに関しては、いくつも書籍が出されていますので、これを参考に自施設にとって大事な要素を整理して、文章を施設内で考えるのもひとつの方法です。コンピテンシーベースで評価要素を先に選出してから前述のステップ2へ進む方法が効率的ともいえます。

■ 行動基準作成時の3つのポイント

行動基準は、法人が目指す理想の職員像が凝縮されたものでなければなりません。理念を実現するのが、理想の職員であれば、理念が法人毎に異なるように、理想の職員も法人毎に異なります。理想の職員像へと向かわせる行動基準とするには、次の3つのポイントを含めたり、補足したりして作成します。

(1)自分達が使っている言葉で表現する

職員と共に作り上げた行動基準には、各人の理想の職員像が凝縮されます。

施設内だけに通用する言葉、振る舞い等施設で自分たちが使っている言葉を積極的に取り入れるのも効果的です。

(2)理想とする職員の姿を表現する

行動基準は、今できていることよりも、こうなって欲しい、こうなりたいという未来志向のものを落とし込む必要もあります。評価要素にもよりますが、育成の方向付けを行うのが行動基準という認識の上、文言の確認をしていきます。

(3)具体例を示す

行動基準は、短文で分かりやすく表現される必要があります。行動基準の作成当事者は行動基準の文だけでなく、その文に至った背景も知っています。しかし、行動基準だけ初めて知る職員には、具体的にどのようなことかが伝わらない事があります。

それを避けるために、具体的にどのようなことを例示すると分かりやすくなります。

4 医業経営情報レポート

サービス力がアップする職務評価

■「できる」を重視した評価表モデル

人材育成を進めたいものの、人事評価制度の導入には、運用面で不安があるなどの理由で導入には消極的な施設もあると思われます。このような状況である施設については、評価項目を等級制度（キャリアパス）とコンピテンシーの両面での評価を可能にした人事評価表を紹介します。コンピテンシーでは、求める人材像を明確に示すことで、当施設の職員にどのような人材になって欲しいのかを「理解」させ、「遵守」させることを主眼に置きます。

一方、職務評価（真の現場力）の場合、職員それぞれ職種、能力レベルの違いがありますので、それぞれの等級（キャリアパス）に求められる役割、業務をどれだけ「できる」のかを評価することができます。

◆人事評価表（職務評価）サンプル（介護職員）

【③職務遂行度評価】 ※評点は、評価基準に基づき整数（1～5）で記入

課業	課業の内容	評価 配分	自己評価		一次考課		二次考課		最終評価	
			評点	考課 点数	評点	考課 点数	評点	考課 点数	評点	考課 点数
食事介助	食事準備（配膳・下膳）・後始末	2.0 %		0.0		0.0		0.0		0.0
入浴介助	浴室脱衣室の準備・後始末	2.0 %		0.0		0.0		0.0		0.0
排泄介助	おむつ交換の準備・実施・後始末	2.0 %		0.0		0.0		0.0		0.0
整容・着替介助	整容・着替介助・爪切り・耳掃除等	2.0 %		0.0		0.0		0.0		0.0
日常生活上のリハビリ	基本動作訓練（歩行・起立・保持等）	2.0 %		0.0		0.0		0.0		0.0
バイタルチェック	体調不良者の体温・血圧測定・医務への連絡	2.0 %		0.0		0.0		0.0		0.0
	排尿・排便量の把握	2.0 %		0.0		0.0		0.0		0.0
	容態観察（巡回）	2.0 %		0.0		0.0		0.0		0.0
	皮膚・全身状態の観察	2.0 %		0.0		0.0		0.0		0.0
医療的ケア	服薬・点眼・座薬・湿布等の使用介助	2.0 %		0.0		0.0		0.0		0.0
	異食・誤嚥・嘔吐・下痢の対応	2.0 %		0.0		0.0		0.0		0.0
コミュニケーション	利用者からの相談・援助業務	2.0 %		0.0		0.0		0.0		0.0
送り・引継ぎ	送り・引継ぎの実施	2.0 %		0.0		0.0		0.0		0.0
	他部署との報告・連絡・相談	2.0 %		0.0		0.0		0.0		0.0
入居時対応	嗜好品・趣味・特技等の確認	2.0 %		0.0		0.0		0.0		0.0
	入居後の様子観察（声掛け等）	2.0 %		0.0		0.0		0.0		0.0
アセスメント	健康状態・精神状態の把握	2.0 %		0.0		0.0		0.0		0.0
記録	担当利用者の申し送り事項作成・回覧	2.0 %		0.0		0.0		0.0		0.0
連絡調整	管理職への報告・連絡・相談	2.0 %		0.0		0.0		0.0		0.0
	ご家族への協力依頼や調整・報告・連絡	2.0 %		0.0		0.0		0.0		0.0
合計		40.0 %		0.0		0.0		0.0		0.0

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。

病医院の具体的な経営戦略

医療を取り巻く環境が大きく変わり、今後の当院の方向性を定める必要性が指摘されています。

そのために必要な具体的な経営戦略を教えてください。

経営戦略とは、組織活動の基本的方向を環境との関わりにおいて示すものであり、組織の諸活動の基本的状況の選択と、諸活動の組み合わせに関する基本方針の決定を行うものです。

つまり経営戦略は、病医院の方向性を定める設計図として2つの要素を持っており、病医院ビジョンを実現する方向付けの機能を果たすものといえます。

①病医院の諸活動全体を取り巻く基本的枠組みの選択

例) 病医院の事業分野(ドメイン)の選択、病医院の保有能力(施設・機器類、人員)の決定

②病医院の諸活動の組み合わせ、重み付けの決定

例) 今年の重要施策は、病院機能評価認定取得と在宅医療の運用開始すること 等

また、経営戦略は、病医院活動全体に及ぼす影響や深さの程度により、基本戦略と行動戦略に区分することができます。

①**基本戦略**: 病医院活動に広範な影響を及ぼし、またその成果が病医院のパフォーマンスに深く影響するような戦略的決定のことをいいます。

②**行動戦略**: 基本戦略を実行に移すために必要なプランのことを指します。

経営戦略とは、予測が難しい先行きの不透明な病医院の経営環境の中で、自院の強みを活かし弱みを克服しながら、どのように事業を発展させていくか、といった大きな筋道や方向性を決定するものです。それに対して経営戦術とは、経営戦略の下位概念で、それを実現するための具体的な個々の活動方法や手段をいいます。「ビジョンなき戦略はありえず、戦略なくして戦術はありえない」という文言は、病医院が将来どういった姿になりたいのかを明確にしていなければ、何をすべきかを決定することはできないということを意味しています。

経営戦略を決定するためには、基軸となるべき明確な経営理念と病医院ビジョンの存在は欠くことはできません。また、大きな道筋が示されていなければ、具体的にどういった手を打っていくべきかといった戦術を打ち出すこともできないのです。経営戦略とは、病医院活動の基本設計図であり、その経営戦略実現のための具体的方法と行動が経営戦術なのです。

経営ビジョン確立のプロセス

経営戦略の根幹となる経営ビジョンの確立のために必要な取り組み、プロセスとは、どのようなものでしょうか。

経営ビジョンの明確化には、次のようなプロセスが必要です。

①経営ビジョンの確立、あるいは見直しの前段階として、自院の歴史を振り返る

- ① 医業収入と経常利益、患者数等経営数値の推移
- ② 病医院の特徴
- ③ 病医院内外の重要な出来事

②過去の経営活動の推移を3～5年をひとつのスパンに区切って分析

一般に病医院は、以下のような特質を持つ期間を経て成長するとされます。

- ①開業期 ⇒ ②基盤確立期 ⇒ ③幹部育成期 ⇒ ④管理制度運営期 ⇒ ⑤再活性期

③新しい経営理念、病医院ビジョンを掲げる必要性について考察

自院の変遷を分析していく中で、医業活動の最高規範である病医院理念を見直す必要性が考えられます。

その場合には、自院の理念について、現状と比較した考察が求められます。

これは理事長、あるいは院長のみが行うべきものです。

- ① 自分の過去を振り返り、人生観、社会観、価値観を整理する
- ② 医療行政の未来を見通し、自院の方向性を整理する
- ③ 病医院を経営する上で、最も重要だと思われることを整理する
- ④ 診療圏の状況を考慮し、今後の病医院経営にとって最も重要と思われることを整理する
- ⑤ 院内に公表し、病医院理念の徹底化を図る

病医院理念の公表の方法としては、玄関や待合室、会議室など院内の見やすい場所へ掲示するほか、院内誌への掲載、名札・名刺・診察券への印刷、記念行事におけるアナウンス機会の利用、HP 掲載などが考えられます。