

週刊WEB

医療経営 マガジン

2017
479
6/13

医療情報
ヘッドライン

2025年問題に向け都道府県保健ガバナンス強化 入院基本料や外来受診時の定額負担なども見直し

▶ 経済財政諮問会議

7対1施設の98%は昨年度改定後も継続 一部を休床や10対1に転換した施設も

▶ 厚生労働省

経営
TOPICS

統計調査資料

最近の医療費の動向/概算医療費（平成28年10～11月）

経営情報
レポート

診療所による取り組みの実際
かかりつけ医機能と在宅医療

経営
データ
ベース

ジャンル:経営計画 サブジャンル:経営計画の基本と実践

経営計画策定の必要性
経営計画の種類

本誌掲載記事の無断転載を禁じます。

医療情報
ヘッドライン
①

2025年問題に向け都道府県保健ガバナンス強化 入院基本料や外来受診時の定額負担なども見直し

経済財政諮問会議

6月2日、首相官邸で経済財政諮問会議が開かれ、「骨太の方針 2017」（経済財政運営と改革の基本方針 2017）の素案が発表された。いわゆる「2025年問題」に向けて地域単位での医療提供体制を整備するため、都道府県の保健ガバナンスを強化する方針を示した。また、外来受診時の定額負担の対象や入院基本料の見直しを行うことも盛り込まれている。

■8年後の2025年に「団塊の世代」が全員 75歳以上となるため医療費が増加

「骨太の方針」は、政府が政策の基本方針として毎年6月に閣議決定されるもので、首相主導型の政策決定を目指して組織されている経済財政諮問会議によって取りまとめられており、毎年度の予算編成や重要政策に反映される。そのため、今回の素案が医療政策に及ぼす影響は極めて高い。

とりわけ、今年は来年度の診療報酬・介護報酬同時改定の内容を協議する重要な年であり、今回の素案は今後展開される中央社会保険医療協議会などでの議論を方向づける内容となる。

全体的な方向性としては、「医療費の適正化」と銘打たれているように、診療報酬をプラス改定させないのが基本方針だとする。しかし、8年後の2025年には、いわゆる「団塊の世代」が全員75歳以上となるため、医

療費の増加が予測されている。今年度予算と同様に、自然増を5,000億円に抑え続けることがひとつの目標となる。

■都道府県の保健ガバナンスを強化、地域ごとに「地域医療構想調整会議」を設置

そのためには効率的な医療・介護が必要となるため、地域包括ケアシステムの導入が急がれる。そこで、都道府県の保健ガバナンスを強化し、権限と予算を移譲して、地域ごとに「地域医療構想調整会議」を設置して具体的な議論を行っていく。適切な病床の役割分担や転換を支援するため、国からレセプトを含めた保健医療のビッグデータを提供する。

また、地域医療構想の実現には病床の機能分化・連携が不可欠という考えから、入院基本料の見直しも行う方針である。さらに、病院と診療所の機能を分化させることを視野に、かかりつけ医を普及させるため、外来受診時の定額負担の対象を見直す。

この日の経済財政諮問会議では、薬価制度改革についても言及した。菅義偉官房長官から塩崎恭久厚生労働相に対し、今年末までに結論を出してほしいと強い要請があり、塩崎厚労相も今年末までに大枠を決めると応じた。診療報酬・介護報酬改定だけでなく、薬価制度改革まで一気に進められることになることから、審議会の動きから目が離せない半年間となるだろう。

医療情報
ヘッドライン
②

厚生労働省

7対1施設の98%は昨年度改定後も継続 一部を休床や10対1に転換した施設も

6月7日、厚生労働省の中央社会保険医療協議会は「入院医療等の調査・評価分科会」を開催し、昨年度の「入院医療等における実態調査結果」を報告した。

■売上減少を大多数の病院が嫌った結果

昨年度の診療報酬改定前に7対1を届け出ている施設のうち、昨年11月1日時点で変わらず7対1を届け出ている施設は98.0%あったが、そのうち一部を休床した施設が11.3%あったほか、一部または全部を地域包括ケア病棟入院料1もしくは地域包括ケア入院医療管理料1へと転換した施設や、10対1へと転換した施設もあった。

しかし、7対1から10対1への転換を視野に入れて、時限的に7対1と10対1が混在することを認める「病棟群単位の入院基本料届出」を実施した施設は、わずか8施設にとどまった。今後も届出予定がないとしている病院がほとんどであり、10対1への転換を促す施策として機能していないと言える。

看護師の必要数が少なくなり、人件費を抑

制できるのが10対1のメリットだが、肝心の売上が減少することを大多数の病院が嫌ったということだろう。

■2016年の病床利用率は78.2%に減少

また、7対1を届け出ている全国271病院の在宅復帰率は平均92.5%であり、在宅復帰率が90%を超える医療機関は、全体の約75%を占めることも判明した。在宅復帰率の基準値は80%に設定されているため、数字上は十分な成果が出ている。しかし、在宅復帰率には回復期リハビリテーション病棟へ転院した患者数も含まれるため、「自宅に戻った」数値とは言えず、同日の分科会では抜本的な見直しを求める声も上がっている。

なお、病床利用率を見ると、診療報酬改定前の2015年10月には79.0%だったのが、改定後の2016年10月には78.2%と減少した。病床利用率は重症患者の数に左右されるため、競合の7対1病院との競争が激化していることも読み取れる。休床の手続きをするなど、「その場しのぎ」の対応をするケースが増えてくることも予測される。

6月2日に発表された「骨太の方針」では、入院基本料の見直しも俎上にのせられることが明らかになった。前回の診療報酬改定でも7対1の施設基準が厳しくなったが、さらに基準が厳格化される可能性もある。そうした状況を踏まえば、7対1の維持を目指すだけでなく、根本的に経営を見直して効率化を図るのもひとつの選択肢として挙げられる。



最近の医療費の動向

/ 概算医療費(平成28年10~11月)

厚生労働省 2017年4月5日公表

1 制度別概算医療費

●医療費

(単位：兆円)

		総 計	医療保険適用								公 費
			75 歳未満	被用者 保険			国民健康 保険	(再掲) 未就学者	75 歳以上		
					本 人	家 族					
平成 24 年度		38.4	22.8	11.1	5.6	5.0	11.6	1.5	13.7	2.0	
平成 25 年度		39.3	23.1	11.3	5.8	5.0	11.8	1.4	14.2	2.0	
平成 26 年度		40.0	23.4	11.6	6.0	5.1	11.8	1.4	14.5	2.0	
平成 27 年度 4～3月		41.5	24.2	12.2	6.4	5.2	12.0	1.5	15.2	2.1	
	4～9月	20.3	11.8	5.9	3.1	2.5	5.9	0.7	7.4	1.0	
	10～3月	21.2	12.4	6.3	3.3	2.7	6.1	0.8	7.7	1.1	
平成 28 年度 4～11 月		27.3	15.8	8.1	4.3	3.4	7.7	0.9	10.1	1.4	
	4～9月	20.4	11.8	6.0	3.2	2.5	5.8	0.7	7.6	1.0	
	10～11 月	6.9	4.0	2.1	1.1	0.9	1.9	0.3	2.6	0.3	
	10 月	3.5	2.0	1.0	0.5	0.4	1.0	0.1	1.3	0.2	
	11 月	3.5	2.0	1.0	0.5	0.4	1.0	0.1	1.3	0.2	

- 注 1. 審査支払機関（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）で審査される診療報酬明細書のデータ（算定ベース：点数、費用額、件数及び日数）を集計している。点数を 10 倍したものを医療費として評価している。
医療保険及び公費負担医療で支給の対象となる患者負担分を含めた医療費についての集計である。現物給付でない分（はり・きゅう、全額自費による支払い分等）等は含まれていない。
- 注 2. 「医療保険適用」「75 歳未満」の「被用者保険」は、70 歳未満の者及び高齢受給者に係るデータであり、「本人」及び「家族」は、高齢受給者を除く 70 歳未満の者に係るデータである。
- 注 3. 「医療保険適用」の「75 歳以上」は後期高齢者医療の対象となる者に係るデータである。
「公費」は医療保険適用との併用分を除く、生活保護などの公費負担のみのデータである。

2 診療種類別概算医療費

●医療費

(単位：兆円)

	総計	診療費	医科 入院	医科 入院外	歯科	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
平成 24 年度	38.4	30.8	14.8	13.4	2.7	6.6	0.8	0.10	15.6	20.0	2.7
平成 25 年度	39.3	31.3	15.0	13.6	2.7	7.0	0.8	0.12	15.8	20.6	2.7
平成 26 年度	40.0	31.8	15.2	13.8	2.8	7.2	0.8	0.14	16.0	21.0	2.8
平成 27 年度 4～3月	41.5	32.6	15.6	14.2	2.8	7.9	0.8	0.16	16.4	22.1	2.8
4～9月	20.3	16.0	7.7	7.0	1.4	3.7	0.4	0.08	8.1	10.7	1.4
10～3月	21.2	16.6	7.9	7.3	1.4	4.1	0.4	0.08	8.3	11.4	1.4
平成 28 年度 4～11月	27.3	21.7	10.4	9.4	1.9	4.9	0.5	0.13	10.9	14.3	1.9
4～9月	20.4	16.2	7.8	7.0	1.4	3.7	0.4	0.09	8.2	10.7	1.4
10～11月	6.9	5.5	2.6	2.4	0.5	1.2	0.1	0.03	2.8	3.6	0.5
10月	3.5	2.8	1.3	1.2	0.2	0.6	0.1	0.02	1.4	1.8	0.2
11月	3.5	2.7	1.3	1.2	0.2	0.6	0.1	0.02	1.4	1.8	0.2

注 1. 診療費には入院時食事療養及び入院時生活療養の費用額は含まれない。入院時食事療養等は入院時食事療養及び入院時生活療養の費用額の合計である。

3 医療機関種類別概算医療費

(1)医療機関種類別医療費

●医療費総額の伸び率(対前年同期比)

(単位：％)

		総計	医科計											訪問 看護 ステー ション
			医科病院						医科 診療所	歯科計			保険 薬局	
				大学 病院	公的 病院	法人 病院	個人 病院			歯科 病院	歯科 診療 所			
平成 24 年度		1.7	1.8	24	4.1	26	20	▲ 5.9	0.3	1.4	5.3	1.2	1.3	19.0
平成 25 年度		2.2	1.4	1.7	3.5	0.7	2.2	▲ 6.4	0.7	0.8	3.0	0.7	5.9	14.3
平成 26 年度		1.8	1.5	1.8	2.2	1.5	2.1	▲ 6.0	0.8	2.9	4.0	2.8	2.3	16.9
平成 27 年度 4～3月		3.8	2.6	2.9	4.2	3.3	2.6	▲ 6.9	1.7	1.4	2.0	1.3	9.4	17.3
	4～9月	2.7	1.7	2.0	2.5	2.0	2.0	▲ 7.2	1.0	0.8	0.8	0.7	7.2	16.2
	10～3月	4.9	3.4	3.9	5.9	4.5	3.1	▲ 6.5	2.4	2.0	3.3	1.9	11.4	18.3
平成 28 年度 4～11月		0.5	1.1	1.6	3.8	1.6	1.3	▲10.0	▲0.3	1.9	4.1	1.7	▲2.7	17.4
	4～9月	0.8	1.1	1.7	4.1	1.8	1.3	▲ 9.6	▲0.3	2.2	4.6	2.0	▲1.5	17.3
	10～11月	▲0.4	0.9	1.2	3.0	0.8	1.3	▲11.1	▲0.1	1.0	2.5	0.9	▲6.0	17.8
	10月	▲2.7	▲1.0	▲0.2	2.2	▲0.7	▲0.1	▲11.4	▲3.2	▲2.5	0.8	▲2.7	▲9.5	16.4
	11月	2.1	2.8	2.7	3.7	2.4	2.8	▲10.7	3.3	4.8	4.4	4.8	▲2.3	19.2

注 1. 医科病院の種類について、「大学病院」は医療機関をいう。「公的病院」は国（独立行政法人を含む）の開設する医療機関、公的医療機関（開設者が都道府県、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いう（ただし、医療機関を除く）。

注 2. 医療費には入院時食事療養及び入院時生活療養の費用額が含まれる。

(2)主たる診療科別医科診療所の医療費

●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 24 年度	0.3	▲ 0.1	▲ 4.5	▲ 3.0	1.8	0.1	1.0	3.8	2.2	0.8
平成 25 年度	0.7	1.0	▲ 1.3	▲ 2.2	1.8	0.8	▲ 0.7	2.5	▲ 2.3	1.2
平成 26 年度	0.8	▲ 0.6	1.1	▲ 1.5	2.9	1.8	0.4	3.9	4.6	1.5
平成 27 年度 4～3月	1.7	1.6	2.6	▲ 1.1	1.6	2.5	0.4	3.4	1.7	2.0
4～9月	1.0	1.2	2.2	▲ 2.2	▲ 0.0	1.3	▲ 0.2	2.9	0.5	1.5
10～3月	2.4	2.0	2.9	▲ 0.0	3.2	3.9	1.0	3.9	2.8	2.5
平成 28 年度 4～11月	▲ 0.3	▲ 0.5	1.8	▲ 3.2	0.8	1.3	▲ 0.8	0.6	▲ 0.2	▲ 0.6
4～9月	▲ 0.3	▲ 0.7	0.1	▲ 2.9	1.1	0.9	▲ 0.6	1.0	▲ 1.1	▲ 0.5
10～11月	▲ 0.1	▲ 0.2	6.5	▲ 4.2	▲ 0.2	2.5	▲ 1.4	▲ 0.6	2.0	▲ 1.0
10月	▲ 3.2	▲ 3.3	3.9	▲ 7.1	▲ 3.8	▲ 1.3	▲ 3.6	▲ 3.1	▲ 2.3	▲ 3.8
11月	3.3	3.1	9.3	▲ 1.0	3.9	6.9	0.9	2.3	6.8	2.1

(3)経営主体別医科病院の入院医療費

●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	医科 診療所
平成 24 年度	3.1	5.0	3.5	2.3	2.8	▲ 1.0
平成 25 年度	1.6	1.0	1.1	1.8	2.2	▲ 4.0
平成 26 年度	2.0	1.3	1.4	2.3	2.8	▲ 0.9
平成 27 年度 4～3月	2.6	2.8	2.8	2.3	1.1	▲ 2.8
4～9月	2.2	2.0	2.2	2.1	0.8	▲ 2.8
10～3月	2.9	3.5	3.3	2.5	1.5	▲ 2.8
平成 28 年度 4～11月	1.7	2.4	2.1	1.2	0.3	▲ 2.6
4～9月	1.6	2.4	2.0	1.1	0.4	▲ 3.0
10～11月	2.0	2.3	2.4	1.7	▲ 0.0	▲ 1.7
10月	1.3	2.5	1.7	0.7	0.2	▲ 2.6
11月	2.8	2.2	3.1	2.6	▲ 0.2	▲ 0.7

注1) 医療費には、入院時食事療養及び入院時生活療養の費用額が含まれる。

注2) 1施設当たり医療費は、医療費の総額を審査支払機関に審査支払請求を行った施設数で除して得た値である

最近の医療費の動向/概算医療費(平成28年10～11月)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

診療所による取り組みの実際 かかりつけ医機能 と在宅医療

1. 診療所に求められる「かかりつけ医」と在宅医療
2. 「かかりつけ医」機能の拡充に向けて
3. 在宅医療を実施する診療所における今後の課題
4. 医薬品をめぐる取扱いと「かかりつけ医」としての今後



■参考文献

日医総研ワーキングペーパー No.378 2017年2月28日
「かかりつけ医機能と在宅医療についての診療所調査結果（2016年11月実施）」
日本医師会総合政策研究機構、（公社）日本医師会保険医療部

1

医業経営情報レポート

診療所に求められる「かかりつけ医」と在宅医療

■ かかりつけ医機能と在宅医療に関する診療所調査

(1)本調査の目的と活用

2016年度の診療報酬改定においては、「患者自身が納得して主体的に医療を選択できるようにすることや、病気を治すだけでなく、『生活の質』を高める「治し、支える医療」を実現することが重要」という視点から、かかりつけ医機能の評価が見直されました。

また、在宅医療を専門に行う医療機関（以下、「在宅専門診療所」）の開設が認められたほか、地域包括ケアシステムの構築にむけて在宅医療の評価の見直しが行われています。

これを踏まえ日本医師会は、2018年度診療報酬改定等の検討材料とすべく、診療所の「かかりつけ医」機能や在宅医療への取り組みなどの実態を把握するためアンケート調査（「かかりつけ医機能と在宅医療についての診療所調査」、以下「本調査」）を行い、その結果を公表しています。

◆かかりつけ医機能と在宅医療についての診療所調査(2016年11月実施)

●調査対象

⇒ 対象者数 3,416人

*公益社団法人日本医師会の会員のうち、診療所開設者または法人代表者で管理者を兼ねる医師から20分の1を無作為抽出（未達を除く）

●回収状況

⇒ 回答者数 1,605人（回答率 47.0%）

有効回答数 1,603人（有効回答率 46.9%）

●基本的に外来を行っている「かかりつけ医」を対象として実施

（出典）日本医師会総合政策研究機構 日医総研ワーキングペーパーNo.378

かかりつけ医機能进行评估する診療報酬としては、2014年度改定において、地域包括診療料（加算）が創設され、今後も算定拡大に向けた評価アップや他の医療施策による後押しによって、この機能と役割を診療所に担わせる方向性は変わらない見込みです。

一方で、かかりつけ医として在宅医療に取り組む診療所の中には、施設基準取得・維持の負担が大きく、撤退を検討するケースも少なくありません。

本調査結果により、診療所が「かかりつけ医と在宅医療の担い手」としての実態を把握し、取り組みと体制維持に向けた課題を認識することが必要です。

2

医業経営情報レポート

「かかりつけ医」機能の拡充に向けて

■ かかりつけ医の実態と現状課題の把握

(1) 本調査結果からみる「かかりつけ医」の現状

かかりつけ医の現状について、本調査からは次のような結果が示されました。

◆ 本アンケート調査結果の要約＜抜粋＞

【地域包括診療料（加算）等】

- 地域包括診療料（加算）は、内科の1割強が届出しているが、今後（当面1年ぐらいで）、届出が大きく拡大する見込みはない。
- 認知症地域包括診療料（加算）の算定割合は、内科では今後も1割に満たない見込みである。

【かかりつけ医機能】

- かかりつけ医にとって、「患者に処方されているすべての医薬品の管理」、「患者が受診しているすべての医療機関の把握」が重要と考えられており、内科ではそれぞれ3割で実施している。
- 「在宅患者に対する24時間対応」が可能な診療所は少なく、実施できていたとしても約半数は負担が大きいと回答している。

【かかりつけ医と介護保険】

- 地域包括診療料（加算）の要件のうち、かかりつけ医にとって重要と考えられているのは、「主治医意見書に関する研修会の受講」、重要と考えられていないのは「医師が介護支援専門員（ケアマネジャー）の資格を保有」することである。
- 「介護認定審査会の委員の経験」はある程度重要と考えられているが、実施しているところの負担感はやや大きい。

【小児のかかりつけ医】

- 小児かかりつけ診療料は小児科で届出割合が1割であった。また届出割合に対して算定割合が低く、算定にハードルがあることがうかがえた。
- 小児のかかりつけ医にとって重要と考えられているのは、「定期予防接種の実施」、そのほか乳幼児健診、園医など、公務への関わりも重視されている。

3

医業経営情報レポート

在宅医療を実施する診療所における今後の課題

■ 在宅医療に取り組む診療所の現状

(1) 本調査からみる在宅医療を実施する診療所の現状

在宅医療を実施する診療所では、本調査により、次のような取り組みの現状が示されました。

◆在宅療養支援診療所と在宅医療への取り組み状況～本調査結果より

【在宅療養支援診療所（在支診）】

- 内科では約4分の1が在支診であるが、在支診以外で訪問診療を行っているところもほぼ同じくらいある。
- 全体で訪問診療を行っている診療所の約半数は在支診以外である。
- 機能強化型在支診（単独型）の約6割は在宅緩和ケア充実診療所・病院加算の届出をしており、機能強化型以外の在支診の約3分の1は在宅療養実績加算の届出をしている。

【在宅医療への取り組み状況】

- 今後、在宅医療を行っていく意向のある診療所は前回 2014 年調査と比べてあまり増加していない。しかも現在訪問診療を行っている在支診以外の診療所では約3割が今後縮小・撤退予定である。
- これから在宅医療を始めようとするところは、看護師等の確保が大変と感じており、また在宅医療について相談・連携できる医師を求めている。

このほかの項目の回答では、新たに在宅医療に取り組む意向のある診療所も含めて、今後在宅医療を行う診療所は全体では約4割となりました。「その他」と回答した診療所は、未定、わからない、必要に応じて行うなどが挙げられています。

診療科別にみると、内科および外科で今後在宅医療を行う診療所は6割以上を占めています。

(2) 本調査結果による在宅医療に取り組む診療所が抱える課題

在宅医療を実施している診療所の現状をみると、様々な課題が指摘されています。

訪問診療を実施しているが在支診ではない診療所の中には、今後在宅医療を縮小あるいは在宅医療から撤退するというのが約3割あり、24 時間往診体制の負担や、自身の体力の問題をその理由に挙げています。

一方で、現在は訪問診療を実施していないが、今後取り組むというところも 18.8%ありました。

4

医業経営情報レポート

医薬品をめぐる取扱いと「かかりつけ医」としての今後

■ 処方箋の現状と在宅医療移行をみすえた体制構築

(1) 診療所の処方箋をめぐる課題

近年、長期処方患者が増えている現状があります。2016年度の診療報酬改定において、長期投薬（30日超）の取り扱いが明確化されたこともあり、本調査によれば、約1年前と比べて長期処方（30日超）の患者が増えた（かなり増えた、やや増えた）診療所は約3分の1に上り、減った（かなり減った、やや減った）診療所は1割未満という結果が出ています。

また、長期処方を行っている診療所のうち、長期投薬が可能な程度に病状が安定し、患者（家族）が服薬管理を行うことを確認できた場合以外（以下、病状安定・服薬管理可能以外）で、長期処方を行っている診療所が12.7%ありました。

病状が安定していても、高齢化によって外来通院が困難となり、在宅医療に移行する患者は増加しています。処方について、診療に影響する事例（服薬の無断中止、医療費抑制のための受診機会手控えなど）が生じているケースもあることから、患者の処方と服薬状況に関する情報については、在宅医療における処方検討のためにも、薬局とのコミュニケーションと情報交換を密にする必要があります。

◆ 診療所の医薬品処方をめぐる課題

- 長期処方が原因と考えられる事例が発生することについて、患者の理解を進めることも必要。
- 薬局とのコミュニケーションがとれている診療所は、かかりつけ患者の医薬品の管理ができている。診療所と薬局との連携が重要である。

(2) 在宅医療移行に向けた薬局との連携強化の必要性

長期処方の増加に伴い、在宅医療に移行した患者については、症状が安定していた状況であっても服薬管理と患者家族の協力が重要だといえます。

本調査では、薬局からの残薬の疑義照会や情報提供が多い診療所ほど、処方内容の変更頻度が高く、「かかりつけの患者に処方されているすべての医薬品の管理」を実施している割合がやや高いという結果が示されました。

在宅医療移行を見据えた高齢患者については、薬局との連携強化が重要になっています。

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。

経営計画策定の必要性

なぜ経営計画の策定が必要とされるのか教えてください。

医療機関でも年度別の経営計画は策定しているケースが増えていますが、1年ごとの経営計画で実現できることは限られています。また、経営環境変化の激しい現代においては、行き当たりばったりの成り行き経営に陥る可能性があります。

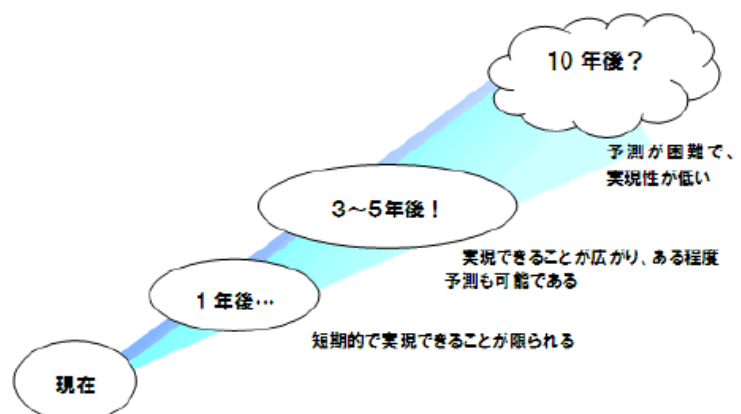
これからの時代に求められるのは「全天候型＝環境適合型の経営」です。
すなわち、好況・不況にかかわらず、それぞれにとるべき経営戦略を実行することが必要です。

景気が良い状況にあっては、先行きが読みやすいため中期経営計画も立てやすく、実行も容易になるのですが、不況になると先行きは不透明であり、予測が立てにくくなります。しかし、読みにくいからこそ、先を読まなければならないのです。

そのためには、中期経営計画を立て、3～5年後にはどういう医療機関にしたいのか、地域や患者、業界の状況を読み取りながら3～5年後の到達目標を掲げ、それに向けて確実に年度計画を消化していくことです。

まず、到達目標を設定し、そこから逆算して「今期中はここまでやり切る」という経営に転換することが重要です。従来の積み上げ方式から発想する経営計画ではなく、「ありたい姿」を前提にした経営計画にするために、ときには前年実績をはるかに上回る年度目標になることもあります。

ここで必要なのは、「できる」「できない」ということを基準とするのではなく、どうすれば実現するのかという思考回路に切り替えることです。



ジャンル:経営計画 > 経営計画の基本と実践

経営計画の種類

経営計画には
どのような種類がありますか。

経営計画は、期間の長さによって長期計画（10年～5年）、中期計画（3～5年）、短期計画（1年）に分類することができます。

環境変化が激しい昨今では、中期計画と年度計画の双方を作る医療機関が増えてきています。

（1）中期計画

中期経営計画策定の狙いは、医療を取り巻く環境変化に自院をうまく対応させて、成長路線に乗せることです。中期計画は、3年ないし5年間を選択する医療機関が大半を占めていますが、どちらの期間に設定するかは、それぞれの医療機関の置かれている環境によって違いが生じるところです。

3年計画の場合には、かなり現実に近いために飛躍的な目標を設定することは難しいというデメリットがありますが、5年間の場合は、戦略的な要素を加えることが可能となります。

しかし、計画期間を5年間に設定することにより、その期間、経営の前提条件や基本仮説を保持していなければなりませんので、診療報酬改定が2年ごとに行われること、また経営環境の変化が激しい昨今にあっては、3年間の経営計画を策定することが妥当と考えられます。

（2）年度計画

中期経営計画が環境変化に対応する戦略計画であるのに対して、年度経営計画は翌年度の年間経営計画であり、中長期経営計画の初年度として位置付けられます。

したがって、年度計画は中長期計画を実現するための具体的な年度別の実行計画であって、中長期計画に盛り込まれた政策の具体的な推進策を主要内容とするものです。

◆中長期経営計画の策定へ

「経営環境の変化の激しい時代には、短期計画だけで十分」という声が聞かれます。3年先を見据えた上で、この1年間何をしていくかという計画に基づく行動と、1年先しか考えずに短期的な視野で行動する場合とでは、その行動内容に大きな違いが生じます。

そのため近年では特に、中長期経営計画を策定することの重要性が増しています。