

週刊WEB

医療経営

MAGA
ZINE

Vol.614 2020.3.10

医療情報ヘッドライン

ロボット支援下内視鏡手術を含む
102件の新規保険適用を了承

▶厚生労働省 中央社会保険医療協議会 総会

タスクシフト・シェアリングのため
法令改正が必要なのは22業務

▶医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフト／シェアの推進に関する検討会

週刊 医療情報

2020年3月6日号

外来機能分化・連携で「集中的議論」開始
「2020年度診療報酬改定セミナー」を開催

経営 TOPICS

統計調査資料

病院報告

(令和元年8月末概数)

経営情報レポート

地域医療継続の要望に応える
事業継承時の留意点

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
病院の具体的な経営戦略
経営ビジョン確立のプロセス

発行：税理士法人KJグループ

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

ロボット支援下内視鏡手術を含む 102件の新規保険適用を了承

厚生労働省 中央社会保険医療協議会 総会

厚生労働相の諮問機関である中央社会保険医療協議会（中医協）は、1月22日の総会でロボット支援下内視鏡手術を含む102件の新規保険適用を了承した。新たに保険適用されたロボット支援下内視鏡手術は、「臍頭十二指腸切除術」「肺悪性腫瘍手術（区域切除）」「拡大胸腺摘出術（重症筋無力症に対する）」「仙骨腔固定術」「食道悪性腫瘍手術（消化管再建を伴う）（頸部、腹部の操作）」「臍体尾部切除術」「腎盂尿管吻合術（腎盂形成術を含む）」の7つ。

■ロボット支援下内視鏡手術、新たに7件が保険適用

2018年度の診療報酬改定で、有用性・安全性が既存の技術と同程度ならば、ロボット活用でも点数を同水準とする方針が固められた。そのため、2018年度改定で新たに保険適用された12のロボット支援下内視鏡手術は、既存の内視鏡手術と同じ点数に設定されている。

この方針については、昨年6月の中医協総会で改めて確認されており、今回の7術式についても同様の設定がなされる可能性が高い。ロボット支援下内視鏡手術は、アメリカが軍用に開発され、1999年に「ダ・ヴィンチ」と名付けられた手術支援ロボットが完成し、翌2000年にFDA（アメリカ食品医薬品局）で承認されたことから広まった。

日本では2012年に初めて保険収載されたが、前回改定で一挙に12術式、今回も7術

式が保険適用されたのは、「ダ・ヴィンチ」がさらにバージョンアップして精度を高めていることも背景にあるとみられる。

■「ダ・ヴィンチ」は1台約2億5,000万円

現在の「ダ・ヴィンチ」は術者が3Dモニター画面を見ながらロボットアームを操作するシステムとなっており、従来は不可能とされた角度から視野を確保できるほか、手ブレもなく、人の手以上の繊細な動きを可能にする。また、1～2cm程度の小さな穴を開ければ手術できる低侵襲性を持っているのも大きな特徴で、患者の負担を軽減できるだけでなく、合併症のリスクも減らすことが可能になる。「ダ・ヴィンチ」を用いたロボット手術による外科治療の発展と向上を目指す日本ロボット外科学会によれば、2019年9月末時点で5,409台が世界で稼働している。国内導入数はメーカー非公表だが、アジアで稼働している718台の半数以上が日本に導入されていると同学会は予想している。手術件数も右肩上がりに伸びており、2018年には初めて年間100万例を突破した。前年比18%増となっており、今後も同程度の伸びを記録することが見込まれている。ちなみに、1台の価格は約2億5,000万円、年間維持費は約2,000万円といわれるが、2019年に「ダ・ヴィンチ」の技術の大部分が特許切れとなったため、今後は競合他社による開発・販売が活発化されることが予想される。

医療情報
ヘッドライン
②

タスクシフト・シェアリングのため 法令改正が必要なのは22業務

医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフト／シェアの推進に関する検討会

厚生労働省は1月20日、「医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフト／シェアの推進に関する検討会」で、タスクシフト・タスクシェアリングを推進するために法令改正が必要な業務・行為が「22」であるとした。

2024年4月に医師の時間外労働の上限規制が適用されるまでに、これらの妥当性を精査していく。また、現行制度で実施できない業務・行為については、その範囲を見直したうえで教育・研修のあり方を検討する必要もあるため、厚労省はその際の考え方についても提示した。

■職種ごとでは、診療放射線技師が8業務、臨床検査技師が9、臨床工学技士が5

法令改正が必要な22の業務・行為は、RI検査医薬品注入後の抜針および止血、放射線部門の検査関連の静脈確保注射（造影剤を注入するための静脈路を確保する行為）、直腸肛門機能検査（肛門内圧検査・直腸バルーン知覚検査のため肛門にカテーテル・センサーを挿入する行為）、救急現場での採血のための末梢静脈路の確保、輸液ポンプ等を用いた薬液投与のための皮静脈穿刺によるラインの確保や不要カニューレの抜去などで、職種ごとに分けると、診療放射線技師が8業務、臨床検査技師が9、臨床工学技士が5となっている。

このうち「静脈路確保」について、早くも賛否が分かれた。薬液漏出が生じるリスクがあることや、すでに看護師が実施しているた

めタスクシフト・シェアリングの対象を拡大する必要はないという声があがった一方で、医師が静脈路確保をしているケースも多いことや、看護師の負担軽減につながるという意見が出るといった具合だ。この1項目のやりとりだけでもわかるように、妥当性の精査には相応の時間を要しそうだが、各職種に求められる役割と、タスクシェア・シフティングの必然性を洗い出す効果はあるだろう。

■業務・行為の範囲見直しに伴う教育・研修についての対応は、3つに分類

業務・行為の範囲見直しに伴う教育・研修についての対応は、「現行の養成課程で必要な知識の習得が明確に担保されている」「明確に担保されていない」を踏まえたうえで、以下の3つに分類する。

- (a) 担保されている場合は、養成課程の見直しおよび研修受講の義務付けはしない
- (b) 担保されていないが、従来の業務の技術的基盤の上にある隣接業務であれば研修受講の義務付けはしない。ただし、追加的な知識の習得が必要な場合は、職能団体が実施する研修受講を求める。
- (c) 担保されておらず、従来の業務の技術的基盤の上にはない場合は、養成課程で必要な教育内容を追加するとともに、厚生労働大臣指定の研修受講を要件とすることを法令で定める。

医療情報①
医療計画
検討会

外来機能分化・連携で 「集中的議論」開始

厚生労働省は2月28日、「医療計画の見直し等に関する検討会」（座長＝遠藤久夫・国立社会保障・人口問題研究所所長）の会合を開き、外来医療の機能分化・連携に関連する事項についての議論を開始した。政府の「全世代型社会保障検討会議」が昨年12月に取りまとめた中間報告には「外来機能の明確化とかかりつけ医機能の強化について検討を進めること」が盛り込まれた。これを受けて1月に開かれた「社会保障審議会医療部会」（部会長＝永井良三・自治医科大学学長）では、以下などについて意見が集中し、「医療計画の見直し等に関する検討会」で専門的かつ集中的に検討を進めることとされた。

- ① 外来機能の明確化
- ② かかりつけ医機能の強化
- ③ 外来医療のかかり方に関する国民の理解の推進

検討会では個別論点（①～③）を集中的に検討、一定の論点整理を行い、4月中に中間取りまとめを公表する考えを示し、医療保険に関する事項については「社会保障審議会医療保険部会」（部会長＝遠藤久夫・国立社会保障・人口問題研究所所長）で検討される。

この日事務局は、外来医療を取り巻く現状と検討の方向性について検討する際に必要な観点として、以下が必要と整理した。

- ▼ 必要な患者アクセスを阻害しない
- ▼ 患者の状態にあった質の高い外来医療を提供する
- ▼ 地域の医療資源を効果的・効率的に活用する

さらに、都市と地方における状況の違いや入院機能との一体的な議論、患者の受療行動の変容などにも考慮が必要とした。

さらに、医療資源を重点的に活用する外来については、医療機関ごとにその機能を明確化し、地域で機能分化・連携を進めていく枠組みが必要で、外来医療計画や病床機能報告、地域医療構想などの既存制度との整合性やエビデンスを踏まえた検討が必要とした。

■ 外来医療、地域的な要素も加味する必要

意見交換で山口育子構成員（ささえあい医療人権センターCOML 理事長）は、「全世代型社

会保障検討会議」において紹介状なしの外来患者に定額負担を設けるいわゆる選定療養を 200 床以上まで拡大するとの意見に対して、「規模ではなく機能を考慮すべき、東京と地方では同じ 200 床で意味合いが違う」としたうえで、「それを踏まえ全国一律にするのは危険。現在、地方の開業医の平均年齢は 60 歳を超えており、後継者がいない地域では、10 年後にはそうした（外来）機能がなくなる事態も考慮すべき」と指摘した。

織田正道構成員（全日本病院協会副会長）は、「地方の 200 床クラスの中小病院はさまざまな機能を持っており、一般病院まで対象とするのは無理がある」と主張した。城守国斗構成員（日本医師会常任理事）は、報告書の書きぶりは気になるとしながら、「今後、一定規模という要素も加味して外来機能を見ていく方向性は間違いない」と理解を示す一方で、「外来機能の明確化については内科を中心とした生活習慣病を見ている。一般外来と専門外来の区分けが必要であり、地域的な要素も加味しなければならない」と注文をつけた。

この日事務局が示した外来医療に関するデータについて、藤井康弘構成員（全国健康保険協会理事）は、「外来医療はデータによる見える化が必要であり、機能分化、医師の適正配置などまだまだ議論が不十分」と指摘した。今後議論を進めるうえで、診療科別、病床規模別のデータは必須だと主張した。尾形裕也構成員（九州大学名誉教授）は、「全体として入院医療との対比で外来医療を見ているが、外来だけでなく在宅医療も大事。また、残念ながら地域医療構想調整会議が機能していないのでその点は踏まえるべき」と発言し、「病院の入院と外来の位置づけを示すものや病院と診療所の外来の違いなどのデータが足りない」とし、人口当たりの外来受診回数など日本の外来医療の特徴が分かるデータの追加を要望した。

医療情報②
MMPG
開催

「2020 年度診療報酬 改定セミナー」を開催

メディカル・マネジメント・プランニング・グループ（MMPG）は 2 月 24 日、「2020 年度診療報酬改定セミナー【第 1 弾】～改定の概要と病院経営戦略～」を東京都内で開催した。

講師は中央社会保険医療協議会委員で全日本病院協会の猪口雄二会長と、ASK 梓診療報酬研究所の中林梓所長で、猪口会長が 18～22 年度改定を踏まえた流れを中心に解説し、中林所長は、22 年度改定のポイントを中心に説明した。冒頭、川原文貴・MMPG 理事長があいさつに立ち、「22 年度改定は大きなヤマ場を迎えると言われている。75 歳以上の高齢者人口の伸び率が 22 年で 4.2%と見込まれ、社会保障財源の圧縮が想定される。それまでに皆様の病院が経営体力をつけていただきたい」などと述べた。（以下、続く）

週刊医療情報（2020 年 3 月 6 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 (令和元年 8 月末概数)

厚生労働省 2019年11月27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)	
	令和元年8月	令和元年7月	令和元年6月	令和元年8月	令和元年7月
病院					
在院患者数					
総数	1 238 341	1 232 468	1 230 267	5 873	2 201
精神病床	283 213	282 543	282 039	670	504
結核病床	1 519	1 486	1 477	33	9
療養病床	270 467	270 531	271 035	△ 64	△ 504
一般病床	683 064	677 840	675 649	5 224	2 191
(再掲)介護療養病床	29 166	29 882	30 087	△ 716	△ 205
外来患者数	1 306 935	1 379 652	1 316 267	△ 72 717	63 385
診療所					
在院患者数					
療養病床	4 146	4 195	4 247	△ 49	△ 52
(再掲)介護療養病床	1 545	1 569	1 576	△ 24	△ 7

注1) 病院の総数には感染症病床を含む。 注2) 介護療養病床は療養病床の再掲である。 注3) 平成 30 年 7 月分、7 月分については、平成 30 年 7 月豪雨の影響により広島県の病院 1 施設から報告がないため、集計から除いている(以下同)。

2 月末病床利用率 (各月末)

	月末病床利用率 (%)			対前月増減	
	令和元年8月	令和元年7月	令和元年6月	令和元年8月	令和元年7月
病院					
総数	78.0	80.6	77.6	△ 2.6	3.0
精神病床	86.0	86.2	85.7	△ 0.2	0.5
結核病床	34.8	34.1	33.7	0.7	0.4
療養病床	87.0	87.0	86.7	0.0	0.3
一般病床	72.3	76.8	71.8	△ 4.5	5.0
介護療養病床	90.2	90.2	90.3	0.0	△ 0.1
診療所					
療養病床	52.6	53.5	53.4	△ 0.9	0.1
介護療養病床	68.2	69.9	69.9	△ 1.7	0.0

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) 病院の総数には感染症病床を含む。

3 平均在院日数（各月間）

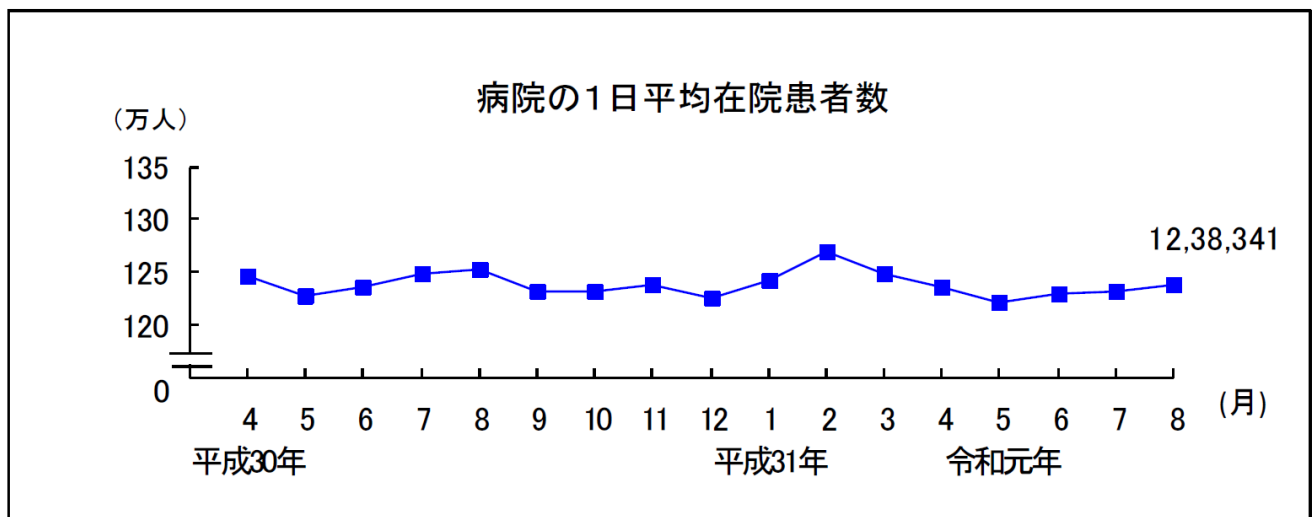
	平均在院日数（日）			対前月増減（日）	
	令和元年8月	令和元年7月	令和元年6月	令和元年8月	令和元年7月
病院					
総数	26.7	26.3	27.2	0.4	△ 0.9
精神病床	268.1	252.8	265.1	15.3	△ 12.3
結核病床	66.8	62.5	67.3	4.3	△ 4.8
療養病床	138.5	136.2	140.5	2.3	△ 4.3
一般病床	15.6	15.4	15.9	0.2	△ 0.5
介護療養病床	330.3	324.9	319.7	5.4	5.2
診療所					
療養病床	100.1	101.3	101.3	△ 1.2	△ 0.0
介護療養病床	145.6	147.9	130.8	△ 2.3	17.1

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

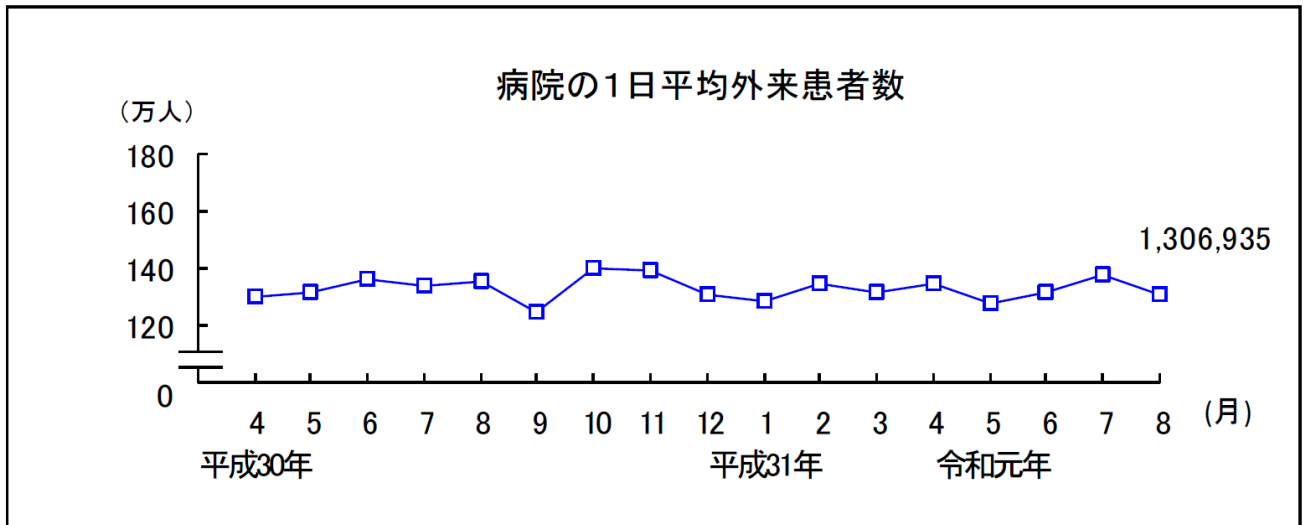
ただし、療養病床の平均在院日数 = $\frac{\text{在院患者延数}}{1/2 \left(\begin{array}{l} \text{新入院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床から移された患者数} + \text{退院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床へ移された患者数} \end{array} \right)}$

注2) 病院の総数には感染症病床を含む。

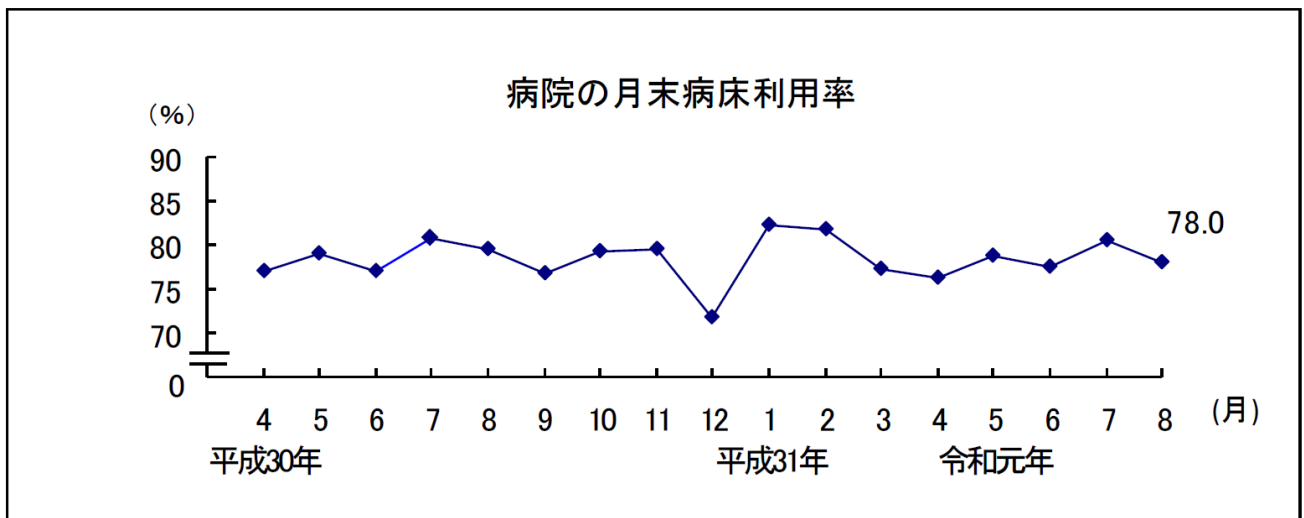
◆病院:1日平均在院患者数の推移



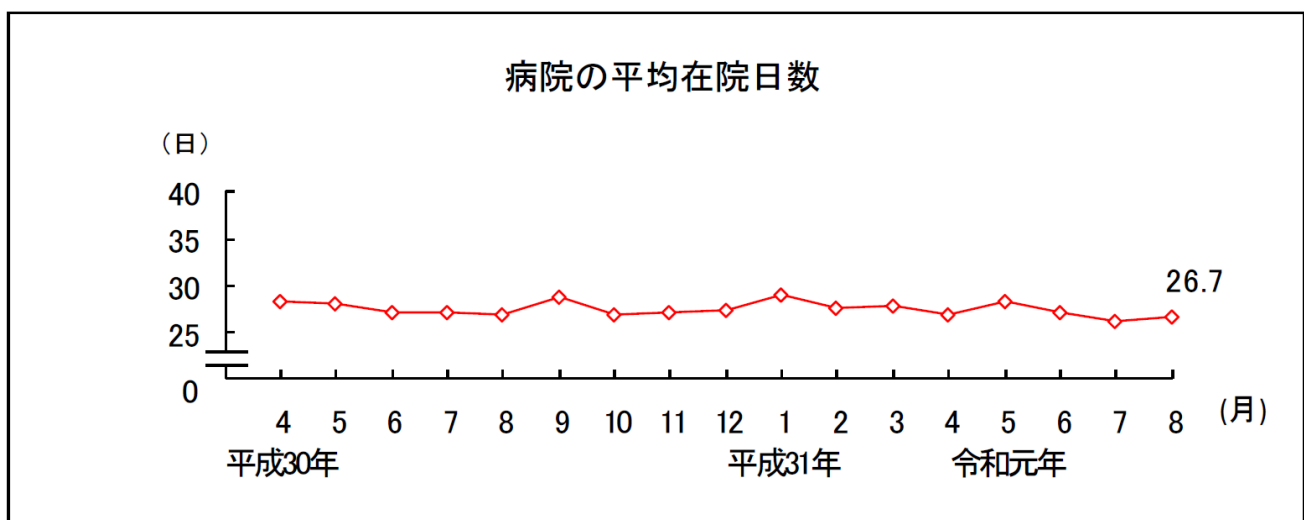
◆病院：1日の平均外来患者数の推移



◆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（令和元年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。



地域医療継続の要望に応える 事業継承時の 留意点

1. 進むリタイアの実態と事業承継時の留意点
2. 譲渡側は診療所の価値を正しく把握
3. 譲渡価格の設定方法と諸条件の整備
4. 事業継承前の確認事項と継承後の諸手続き



■参考文献

「歯科医院を簡単にタタんではいけない」(クインテッセンス出版株式会社 著者 角田 祥子・嶋 敬介)
「100年続く歯科医院 医療承継のロードマップ」
(株式会社デンタルダイヤモンド社 執筆 橋本 守 米山 浩三)
厚生労働省ホームページ：医療施設調査、医師・歯科医師調査
関東・信越厚生局、近畿厚生局、東海北陸厚生局ホームページ：医療機関新規指定状況報告

1

医業経営情報レポート

進むリタイアの実態と事業承継時の留意点

歯科医師の高齢化によるリタイアの影響から、歯科診療所の事業継承が増加しています。

その中には、地域に根付いた診療を提供してきた結果、患者から存続を求められたため、閉院ではなく事業継承という形で継続診療を望む院長と、投資を抑えて新規開業したい院長や、事業拡大のためにサテライト開業を考えている医療法人との要望のマッチングにより、継承される歯科診療所も多くみられます。

第三者への事業継承の場合、営業権や不動産、償却資産の価格、患者引継ぎへの対応、在職中スタッフの引継ぎや新規スタッフの募集、諸手続き等、譲渡の条件も含めて様々な問題に対応しなければなりません。本レポートでは、第三者への事業継承の留意点を解説します。

■ 進む歯科医師の高齢化

厚生労働省の調査によると、平成 28 年における歯科医院に勤務している歯科医師の年齢は、40 歳代が 22.8%、50 歳代が 27.0%、60 歳代が 22.5%、70 歳以上が 8.7%となっており、50 歳以上が全体の 58.2%を占め、平均年齢も 52.9 歳となっており、平成 18 年から高齢化していることがわかります。開業している歯科医師に定年はありませんが、診療の継続は歯科医師本人の意向に委ねられており、リタイアを検討する場合には、閉院もしくは後継者への継承が選択肢として挙げられます。

■ 診療所に勤務する歯科医師の平均年齢（厚生労働省 医師・歯科医師調査 各年）

年齢	平成 28 年		平成 22 年		平成 18 年	
	歯科医師数（人）	構成割合（%）	歯科医師数（人）	構成割合（%）	歯科医師数（人）	構成割合（%）
総数	89,166	100.0	86,285	100.0	82,324	100.0
40～49 歳	20,310	22.8	22,340	25.9	24,326	29.5
50～59 歳	24,049	27.0	24,730	28.7	22,410	27.2
60～69 歳	20,027	22.5	13,197	15.3	8,238	10.0
70 歳以上	7,713	8.7	6,849	7.9	6,921	8.4
平均年齢	52.9 歳		50.9 歳		49.8 歳	

■ 歯科医院の開設数と廃止数の推移

厚生労働省の医療施設調査によると、毎年約 1,300～1,500 件程度の廃止、または休止する歯科医院があります。2014 年には開設・再開よりも廃止・休止の歯科医院が大幅に上回り、歯科医院の減少に至っています。

2

医業経営情報レポート

譲渡側は診療所の価値を正しく把握

歯科医院の事業継承にあたり、新院長は「何を」継承するのかを認識する必要があります。単に歯科医院を譲り受けて新たな院長として就任する、というものではありません。

歯科診療所や歯科用医療機器といったハードな部分のほか、患者やスタッフ及び診療体制というようなソフトの部分を継承することになります。特にカルテの引継ぎは、診療データを引き継ぐだけでなく、カルテの先にいる患者を引き継ぐことになります。

■ 事業継承する項目

（１）資産関連のハード部分

戸建て診療所であれば土地建物、テナントであれば内装工事である固定資産と医療機器や事務機、家具などの償却資産、備品消耗品や診療材料、賃貸物件であれば敷金等の預り金等、その他様々なものがあります。診療所だけでなく、医療法人格の継承であれば、出資金や拠出金、負の資産ですが、借入れやリース等の債務もあります。

■ 資産関係のハード部分

- 土地建物もしくは内装工事等（設備工事、外構工事、看板等含む）
- 償却資産である医療機器や事務機
- 医療法人であれば出資金
- 借入・リース等の債務
- 印刷物・広告等
- 備品材料等の在庫（医療用・事務用品等）
- 賃貸であれば敷金・保証金
- 車両

（２）スタッフや診療記録等のソフト部分

診療記録の継承は、患者を引き継ぐということになります。診療記録というデータだけではなく、感情や心がある患者を引き継ぐのは相当な気配りが必要です。

スタッフをそのまま雇用することも多く、歯科医療事務や歯科助手、歯科衛生士という職種と給与だけに関心を持っていると大変なことになります。

現在の歯科診療はチーム医療であり、院長や勤務歯科医師、スタッフ全員での取り組みや診療体制の構築によって患者を増やし、経営を安定させています。

また、スタッフを引き継ぐということは、院長はそのスタッフの生活を背負うことになります。給与や待遇面を確認し、気持ちよく働いてもらえるように雇用条件を整えます。

その他、取引業者や各顧問事務所、警備会社等の協力業者についても、そのまま関係を継続するのか、あるいは見直すのかの判断が必要です。

3 医業経営情報レポート

譲渡価格の設定方法と諸条件の整備

売主側としては、不動産価格や償却資産の価格だけで譲渡することはほとんどありません。診療記録という営業権を価格に換算し、譲渡するのが一般的です。

ただし、大幅な黒字が出ている歯科医院なら譲渡価格を高く設定することも可能ですが、平均的な医業収益の場合、営業権譲渡金を高く設定すると、新規で不動産を購入したり、新たなテナントで新設の工事を行ったりする場合、医療機器を新規導入しても同額程度で開業できるとなると、買主側が継承を断念するという事態も考えられます。

適正な価格を設定し、営業権譲渡金以外の諸条件も精査する必要があります。

■ 譲渡代金と営業権譲渡金

(1) 譲渡代金と営業権譲渡金

第三者への事業継承で、営業権譲渡金が一番のポイントとなります。譲渡代金には、譲渡する償却資産（動産・不動産等）、備品消耗品等の棚卸資産、敷金・保証金等の預り金、医療法人であれば出資金、引継ぐ債務（金融機関からの借入・リース）、そして金額が明確化されていない営業権譲渡金があります。

●簿価と時価

償却資産に関しては、帳簿上の価格（簿価）があります。しかし、医療機器であれば中古市場での価格、不動産であれば現在の売買査定額といった時価額があります。その双方の価格を比較検討し、譲渡金額を決めなければいけません。

■償却資産価格

【土地】

- | | |
|-------------------|--------------------|
| ●固定資産税評価額 | ・・・売買事例より低い |
| ●路線価 | ・・・売買事例より若干低い |
| ●公示価格（国の調査より） | ・・・売買事例より若干低い |
| ●地価調査価格（地方公共団体調査） | ・・・売買事例より若干低い |
| ●売買事例 | ・・・売値と取引価格（値引き）の把握 |
| ●帳簿価格（償却資産明細から） | ・・・購入時の価格 |

【建物】（建物に関しては同一性がなく、事例比較不可）

- 固定資産税評価額
- 帳簿価格（償却資産明細から）
 - ・・・減価償却された金額
- 査定価格
 - ・・・構造、間取り、築年数、設備によって査定

4

医業経営情報レポート

事業継承前の確認事項と継承後の諸手続き

営業権譲渡金を決定すると、買い手を探すことになります。

ただし、経営が安定するから継承する診療所を探しているという方や、投資を低く抑えることが出来るということを理由として探している方が多いのが実情です。

■ 営業権譲渡金の考え方

個人開設の場合は、歯科医師の技術等を重視しているため、事業主の交代により消滅する（相続の場合は営業権を考慮しない）という考え方があります。

しかし、実務上は患者の診療記録を引継ぐことのほか、患者も院長が交代したとしても全く来院しないということは少ないため、継続した歯科医院経営を期待できます。

■ 営業権の考え方

【売り側（高く売りたい）】

- 投下資本の回収
- 余剰収入の確保（利益）

- 債務の解消

【買い側（安く買いたい）】

- 適正価格もしくはそれ以下
- 安定経営が継承時から期待できる価格

- 新規開業資金との比較

■ 継承後のリスク回避～デューデリジェンス

継承後のリスク発生の可能性については、充分に確認しておくことが重要です。

不動産や償却資産に瑕疵がないか、隠れた債務がないかを譲渡条件策定時から確認し、事前に対応しておくことがスムーズな継承のポイントです。

スタッフの問題では、未払残業代がないか、雇用継続とみなして退職金が増加する可能性や、継承後も給与等待遇面が同一だと思っていた等が考えられます。

また、患者からも今までの診療に対するクレームから、当時の診療費の返却を請求されたり、今後の診療費を請求できなかったり、継続している自由診療において診療費がすでに全額支払い済みである可能性も想定されます。

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。

病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。

つまり病院の経営戦略は、病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 病院の諸活動全体を取り巻く基本的枠組みの選択

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

② 病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**：病院活動に広範な影響を及ぼし、またその成果が病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。



ジャンル：経営計画 > サブジャンル：経営戦略

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、自院の病院理念について、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。