

週刊WEB

医療経営

MAGA
ZINE

Vol.745 2022.11.1

医療情報ヘッドライン

CT・MRIなどの共同利用有無を可視化 購入後の稼働状況報告の義務化も検討

▶厚生労働省 第8次医療計画等に関する検討会

電子処方箋の運用ルールを改訂 2023年1月の運用開始に向けて

▶厚生労働省 健康・医療・介護情報利活用検討会

週刊 医療情報

2022年10月28日号

救急救命処置、医師・看護師 配置の検討を開始

経営TOPICS

統計調査資料

医療施設動態調査 (令和4年6月末概数)

経営情報レポート

福祉施設における 同一労働同一賃金対応のポイント

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

病医院理念の必要性

PDCAサイクルの展開方法

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

CT・MRIなどの共同利用有無を可視化 購入後の稼働状況報告の義務化も検討

厚生労働省 第8次医療計画等に関する検討会

厚生労働省は、10月26日の「第8次医療計画等に関する検討会」で、CTやMRIなどの高額医療機器について、共同利用の有無や画像診断情報の提供の有無などを可視化する方針を示した。共同利用のさらなる促進を見据えてのもので、新たな医療機器を購入する医療機関に対しては、購入後の医療機器の稼働状況を都道府県へ報告することを義務付ける考えも明らかにした。

■CT・MRIの人口当たり医療機器数は世界一

加速度的に進む人口減少と高齢化に対応するため、厚労省は「効率的な医療提供体制の構築」に力を注いでいる。

高額医療機器の効率的な活用もその一環として推進しており、2020年度から医療機関はCT、MRI、PET、放射線治療機器（リニアック、ガンマナイフ）、マンモグラフィを購入する場合に共同利用計画を作成している。

都道府県は、地域医療構想調整会議などの外来医療の協議の場でそれを確認するとともに情報を公表してきた。

なぜ医療機器の共同利用を促進するのか。

それは、とりわけCTとMRIの活用が非効率だからだ。OECDの調査によれば、日本のCTおよびMRIの人口当たりの医療機器数は世界一だが1台当たり検査数は先進国最少。厚労省の医療施設調査によれば、マルチスライス型CTや1.5テスラ以上のMRIを設置していながら、1カ月当たりの検査数がゼロの医療機関もある。

せっかくのリソースを有効活用するため、2016年度の診療報酬改定で、CTおよびMRIを共同利用した場合に加算される仕組み

が導入されたが、CTもMRIも20点しか加点されなかったこともあり、2019年6月の時点で共同利用を行った医療機関はわずか6%だった。そこで、前述のように共同利用計画の作成を義務付けたというわけだ。

■4分の1の医療機関は共同利用を拒否

しかし、多少は増えたとはいえ、医政局地域医療計画課の今年の調べによれば、24%の医療機関が「共同利用を行わない」との意向を示した。

理由としては「人員不足で共同利用の体制ができていない」「自院の利用のみで稼働率の充足が見込まれる」「外部の医師が治療を行うことに安全性が担保されない」「各歯科医院で歯科用CT導入が普及している」といったものが挙げられている。

図らずも、「効率的な医療提供体制の構築」を進める厚労省の意図が現場に伝わっていないことが浮き彫りとなった形だ。

せめて、どこでどの医療機器が活用可能なかを可視化することで、共同利用の気運を盛り上げていこうというわけだが、目論見通りに運ぶかは疑問だ。

実際、検討会に出席した構成員からは、「医療機関へのインセンティブにもう少しメリハリをつけるべき」という前向きな声だけでなく、「もはやCT・MRIは汎用機器になってきて、価格も下がっている」といった指摘も出ている。

患者1人当たり数千万円といった高額医薬品が登場している今、医療機器の共同利用が重点的に検討を進める内容ではなくなっていく可能性もあるかもしれない。

医療情報
ヘッドライン
②

電子処方箋の運用ルールを改訂 2023年1月の運用開始に向けて

厚生労働省 健康・医療・介護情報利活用検討会

厚生労働省は、10月19日の健康・医療・介護情報利活用検討会で、2023年1月から運用を開始する電子処方箋の運用ルールを示した。これまでの「電子処方箋の運用ガイドライン」を改訂した形で、名称も「電子処方箋管理サービスの運用について」とした。なお、電子処方箋の補助金申請フォームは、社会保険診療報酬支払基金によって同じく1月に公開される予定だ。

■診療の継続性が確保でき、 患者は自己管理に役立つ

電子処方箋は、その名のとおり現在紙で行われている処方箋の運用を電子化したもの。

「電子処方箋管理サービス」がクラウド上に構築され、医療機関と薬局間で情報のやりとりが可能となる。仕組みとしては、オンライン資格確認等システムを活用。閲覧できる情報を拡充することで、患者が処方された内容を閲覧したり、重複投薬などのチェックの結果確認をしたりできる。

患者側のメリットとしては、医療機関や薬局を変えてもスムーズに診療が継続できることが挙げられよう。事故や災害などの緊急時も、医療関係者が情報を把握できるので常用している薬を誤りなく確保できる。

また、薬局に電子処方箋を送付できるので、薬局内で長時間待つことが少なくなる効果もある。マイナポータルや電子版お薬手帳アプリを通じて情報を取得できるため、自己管理に役立てられるのも大きい。

なお、「電子処方箋管理サービスの運用について」では、患者が電子化された処方や調剤の内容を確認する手段として、マイナ

ポータルを利用する旨が追記された。

マイナンバーカードの原則義務化に合わせて、マイナポータルの機能がさらに拡充していく可能性がありそうだ。

■オンライン資格確認の導入遅れが懸念される

現状の課題は、オンライン資格確認等システムの導入が遅れている点だろう。来年4月から保険医療機関・保険薬局はオンライン資格確認等システムの導入が原則として義務化されるため、現在急ピッチで顔認証付きカードリーダーの導入が進められている。

10月16日時点の厚労省発表データによれば、カードリーダー申込数こそ89.1%（義務化対象施設に対する割合）と伸びているが、準備完了施設数は40.2%、運用開始施設数は34.4%と伸び悩んでいる。

ベンダーおよび現場の医療機関・薬局の対応が追いついていないためだと思われるが、1月の電子処方箋運用開始まで2カ月を切っている段階で準備完了施設が4割というのは不安要素でしかない。

前述したように、どの医療機関や薬局でも、また、万一のアクシデントに遭ったときでも診療の継続性が得られるのが最大の特色だからだ。限られた医療機関・薬局だけしか電子処方箋に対応できていないのであれば、そのメリットを享受するのは困難となるため、早期の環境整備が求められる。

なお、オンライン資格確認等システムの利用状況だが、2022年8月分は7,117万310件。うちマイナンバーカードは29万3,332件、保険証は6,392万4,175件だった。

医療情報①
救急職種
検討会

救急救命処置、医師・看護師 配置の検討を開始

厚生労働省は10月13日、初会合となる「救急医療の現場における医療関係職種の在り方に関する検討会」を開催、遠藤久夫・学習院大学教授を座長に選出して議論を開始した。

同検討会では、今後の超高齢化・人口急減を見据え、救急医療現場におけるチーム医療の在り方や、救急救命士が実施する救急救命処置の検討、医師・看護師等の配置などについて討議し、来年3月中をめどに意見を取りまとめる。

●救急医療を一体的に議論する場として設置

2021年の救急救命士法改正により、救急救命士の活動範囲が拡大され、「救急外来」での救急診療を要する重度傷病者に対して、救急救命士は「救急救命処置の範囲などについて」（2014年1月31日医政指発0131第1号）で規定される処置内容が可能となった。

一方、医療機関に就業する救急救命士の資質およびそれを担保する仕組みとして、救急救命士を雇用する医療機関が委員会を設置し、医療安全、感染対策、チーム医療、救急救命処置行為に関する研修を行うことが求められている。

事務局は、これまでの救急救命士の資質活用に関する議論の経緯として、救急救命処置の追加、除外に関する提案・要望、評価などの一本化を目的に「救急救命処置検討委員会」を設置していた。同委員会において、以下とする方向性が示されたと報告した。

- ▼「救急外来」における医師・看護師などの配置状況や業務実態の調査研究を行い「救急外来」における多職種の配置、連携等について検討する
- ▼救急外来における医療従事者の負担の減少の状況を含め法改正の効果の検証を行う
- ▼救急救命処置への追加・除外・見直しに向けて、厚生労働科学研究班が研究を継続している以下処置の救急救命処置への追加可否について結論を出す

カテゴリー II

- ①心肺停止に対するアドレナリンの投与などの包括指示化
- ②アナフィラキシーに対するアドレナリンの筋肉内投与
- ③気管切開チューブの事故抜去時にチューブの再挿入
- ④自動式人工呼吸器による人工呼吸

その上で、病院前から医療機関内に至る救急医療を一体的に議論する場として「救急医療の現場における医療関係職種の在り方に関する検討会」が設置されたと説明した。（以降、続く）

医療情報②
がん対策
推進協議会

次期がん対策基本計画策定の 議論が活発化

厚生労働省 10 月 13 日、「第 83 回がん対策推進協議会」（会長＝土岐祐一郎・大阪大学大学院医学系研究科外科学講座消化器外科学教授／日本癌治療学会理事長）を開催し、本年度末までに取りまとめる「第 4 期がん対策基本計画」の策定に向けて、がん医療の充実の分野と、これらを支える基盤の整備の分野について討議した。

●高齢者のがん対策に関連する複数の意見

同日の協議会において事務局は、「がん診療提供体制等の充実」について、以下の 7 項目について論点を提示。

- ▼がん診療提供体制
- ▼治療法の充実
- ▼チーム医療の推進
- ▼病理診断
- ▼支持療法
- ▼リハビリテーション
- ▼妊孕性温存療法

合わせて、「希少がん・難治性がん対策」「小児がん・AYA 世代のがん対策」「高齢者のがん対策」についても同様に論点を整理し、委員へ意見を求めた。

各委員からは地域や拠点病院などにおける格差の問題や、がん対策と地域包括ケアシステム、かかりつけ医との連携強化など活発な討議がなされる中、特に高齢者のがん対策に関連する意見が複数出された。

また、参考人として有賀悦子・帝京大学医学部緩和医療学講座教授と若尾文彦・国立がん研究センターがん対策研究所事業統括を招き、「患者・市民参画（PPI）の現状と展望」「普及啓発・情報提供領域」について報告を受けた。同様に、同協議会委員を務める 6 人が、それぞれ関連する分野をテーマについて説明を行った。

さらに、事務局は「これらを支える基盤の整備」分野について、以下の 6 つの検討の視点を示した。

- ▼がん研究
- ▼人材育成
- ▼がん教育・がんに関する知識の普及啓発
- ▼がん登録
- ▼患者・市民参画の推進
- ▼デジタル化の推進

●終末期医療の考え方や場所の整備を求める

同協議会において事務局は、「高齢者のがん対策」分野の見直しの検討の視点として、4 点を挙げた。（以降、続く）

週刊医療情報（2022年10月28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6月末概数)

厚生労働省 2022年8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 516床の減少。
一般診療所の施設数は 38施設の増加、病床数は 199床の減少。
歯科診療所の施設数は 8施設の減少、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
	令和4年 6月	令和4年 5月			令和4年 6月	令和4年 5月	
総数	180 832	180 808	24	総数	1 574 631	1 575 346	△ 715
病院	8 162	8 168	△ 6	病院	1 493 536	1 494 052	△ 516
精神科病院	1 056	1 056	-	精神病床	322 197	322 538	△ 341
一般病院	7 106	7 112	△ 6	感染症 病床	1 905	1 905	-
療養病床を 有する病院 (再掲)	3 463	3 462	1	結核病床	3 867	3 867	-
地域医療 支援病院 (再掲)	670	668	2	療養病床	279 407	279 322	85
				一般病床	886 160	886 420	△ 260
一般診療所	104 926	104 888	38	一般診療所	81 034	81 233	△ 199
有床	5 998	6 011	△ 13				
療養病床を有 する一般診療 所(再掲)	601	607	△ 6	療養病床 (再掲)	5 878	5 929	△ 51
無床	98 928	98 877	51				
歯科診療所	67 744	67 752	△ 8	歯科診療所	61	61	-

2 開設者別にみた施設数及び病床数

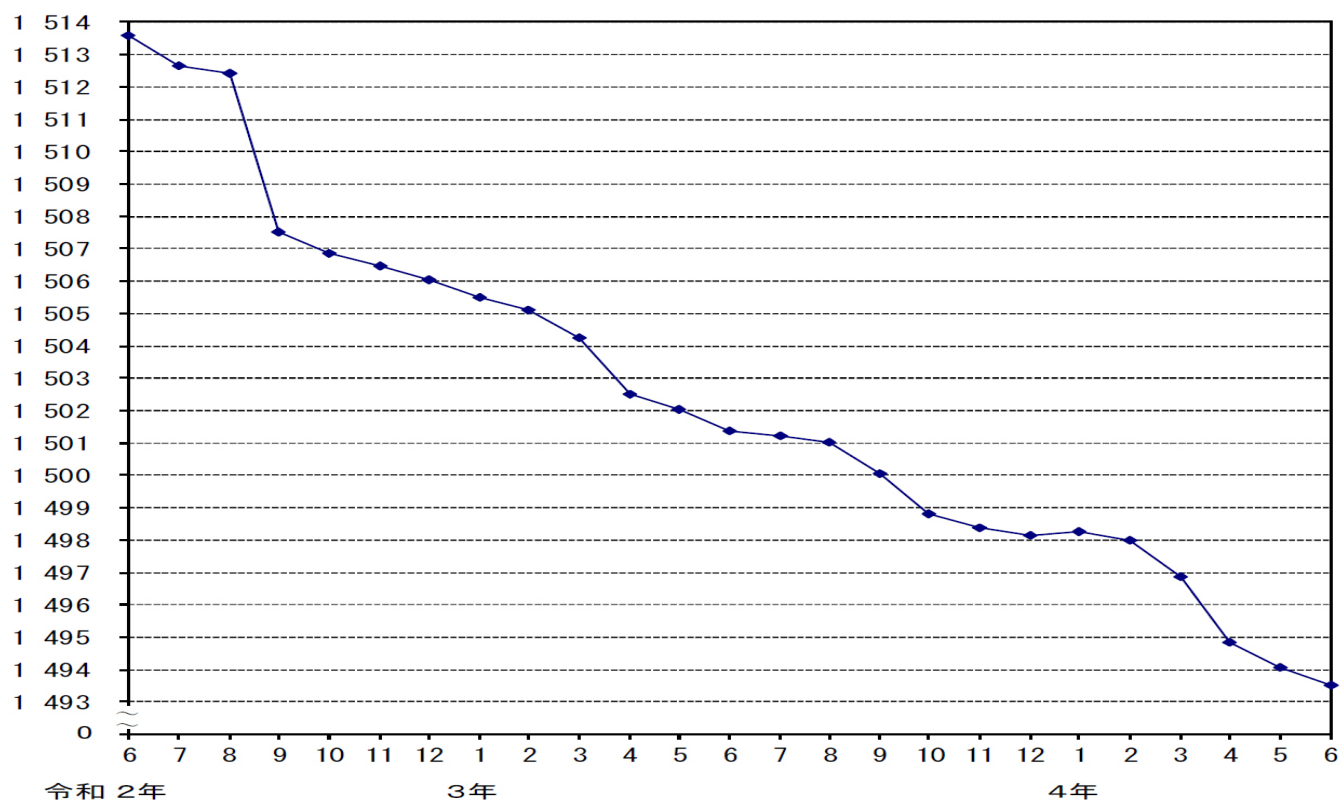
令和4年6月末現在

	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	8 162	1 493 536	104 926	81 034	67 744
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	32 735	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	4	-	-
その他	18	3 322	370	2 173	4
都道府県	196	51 554	320	186	7
市町村	600	120 823	3 461	2 007	252
地方独立行政法人	114	44 327	38	17	-
日赤	91	34 556	203	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	284	-	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	195	48 604	485	146	93
医療法人	5 662	834 655	45 752	63 085	16 119
私立学校法人	113	56 192	209	38	17
社会福祉法人	201	33 990	10 351	400	44
医療生協	80	13 222	294	201	48
会社	27	7 823	1 645	10	12
その他の法人	207	43 018	1 033	433	127
個人	125	10 856	40 034	12 265	51 014

参 考

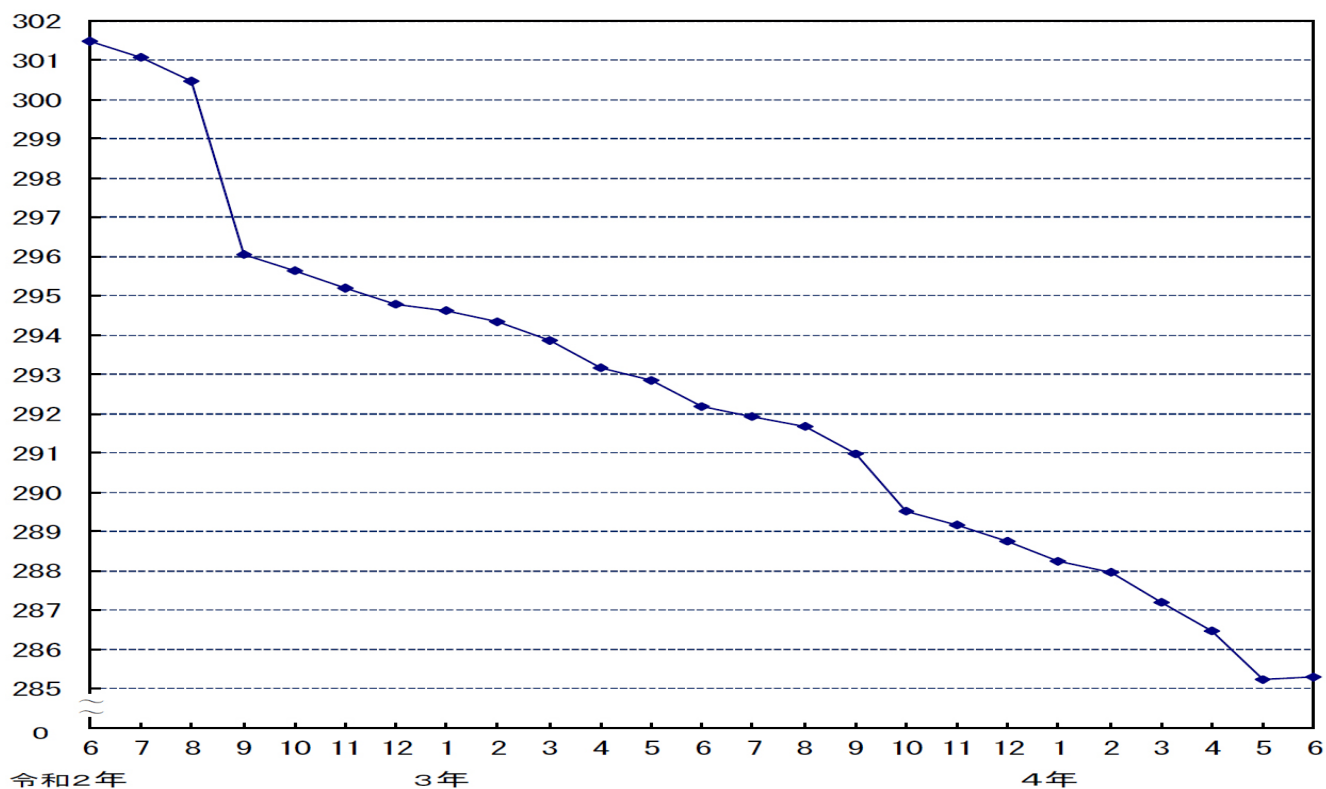
病床（千床）

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6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

福祉施設における

同一労働同一賃金 対応のポイント

1. 働き方改革の背景と目的
2. 正規・非正規職員の待遇差が採用・定着に与える影響
3. 福祉施設における同一労働同一賃金の在り方
4. 同一労働同一賃金対応 給与制度の改定方法



1

医業経営情報レポート

働き方改革の背景と目的

我が国の経済は、奇しくも先の東京五輪（1964 年）の時期を中心に高度経済成長期と呼ばれ、GDP（国内総生産）は世界第2位というピークを迎えたものの、その後 1990 年代のバブル経済崩壊後は低迷が続いています。

経済の低迷は労働環境の悪化にも繋がり、非正規雇用の拡大や所得の格差にも影響しています。日本が経済成長の鈍化から抜け出せない要因のひとつとして、日本企業の多くが低い待遇での非正規雇用依存してきた、歪な就業構造が考えられます。

日本の労働者は正規雇用の労働者（正社員）と非正規雇用の労働者（非正規社員）に二極化しており、その格差の大きさと、非正規社員の割合の高さが、現代においては経済の分野に限らず非常に大きな問題になっています。

政府はこの状況を打破すべく、働き方改革の中でも特に「正規と非正規の待遇格差の是正」すなわち「同一労働同一賃金」という取り組みにとりかからざるを得ない状況になってきているのです。

■ なぜ今「同一労働同一賃金」に取り組まなければならないのか

■ 働き方改革の3つの柱

- ①長時間労働の解消
- ②非正規社員と正社員の格差是正（＝公正な待遇の確保）
- ③高齢者の就労促進

上記の3つの柱のうち、②非正規社員と正社員の格差是正、すなわち「公正な待遇の確保」は特に日本経済全体の回復を目指すうえで非常に重要な課題です。

現在、日本の非正規社員の待遇は、正社員の時給換算賃金の約6割にとどまっており、欧州の平均約8割と比べて、正社員との格差はかなり大きいと言えます。

そして、前述の通り、日本の労働人口の約4割が非正規社員となっています。

この非正規社員の賃金水準を上げることで労働力を確保し、また、国民全体の消費を押し上げて日本経済の回復を目指そうとすることが、「公正な待遇の確保」としての「同一労働同一賃金」への取り組みが重要視される最大の理由といえます。

「同一労働同一賃金」への取り組みが求められる理由

⇒非正規労働者の賃金水準の底上げによる労働力の確保

2

医業経営情報レポート

正規・非正規職員の待遇差が採用・定着に与える影響

■ 福祉分野における待遇の実態に関する調査結果

厚生労働省による、福祉業における待遇に関する調査結果の中から、特に同一労働同一賃金に関する対応に関連性の深いと思われる調査結果について、見てみましょう。

以下の調査結果に関する記載においては、「無期雇用かつフルタイムの職員」を正職員とし、それ以外の雇用形態の職員については、「業務内容や責任の程度」「転勤や人事異動の有無・範囲」の違いはあるものの、総じて「非正規職員」として記載しています。

(1)基本給の支給状況

基本給に関する調査では、正職員と非正規職員との間で賃金表やテーブル、基本給決定にあたり考慮する要素、賃金水準などに違いがあるか否か、またその根拠などについて調査・回答を得ています。回答を見ると、事業により差はあるものの、いずれも非正規職員の賃金テーブルや基本給決定にあたり考慮する要素は正職員と異なる法人が半数近くを占めています。

但し、その中でも老人福祉・介護事業においては非正規職員の待遇を正職員に近づける動きが他の事業よりは多いことがうかがえます。

(2)賞与・寸志等の支給状況

賞与や寸志等の支給状況に関しては、非正規職員の全員に支給しており、その決め方は正職員とは異なると回答した法人が半数以上を占めています。

(3)手当の支給状況

諸手当の支給に関しては、事業別・手当別に、正職員と「同じ水準」「異なる水準」「支給していない」のいずれかで回答を得ています。どの事業にも概ね共通していますが、時間外・深夜・休日手当や通勤手当は正職員と同じ水準で支給している法人が多く、役職手当や家族手当は非正規職員には支給していない法人が多いことがわかります。

また、技能手当などの職務に関連する手当は、「同じ水準」か「支給していない」に二極化しており、一方で処遇改善加算は、正職員とは異なる水準で支給している法人が一定数あることを示しています。

同一労働同一賃金の基本的な考え方に則ると、職務に関連する手当はその違いを根拠に支給の水準に違いを設けることは均衡待遇となる限り問題ありませんが、職務に関連しない、いわゆる属人手当については、雇用形態のみを理由に支給の有無や水準を変えると問題になる可能性が高くなります。

3

医業経営情報レポート

福祉施設における同一労働同一賃金の在り方

■ 働き方改革における同一労働同一賃金の定義

(1) 不合理な待遇差の解消の考え方

パートタイム・有期雇用労働法では、同一の事業主に雇用される通常の労働者と、短時間・有期雇用労働者との間で、基本給や賞与などの個々の待遇ごとに、不合理な待遇差を設けることを禁止しています。

その中心となるのが、下記に示す「均等待遇」と「均衡待遇」の考え方です。

■ 「均等待遇」と「均衡待遇」の考え方

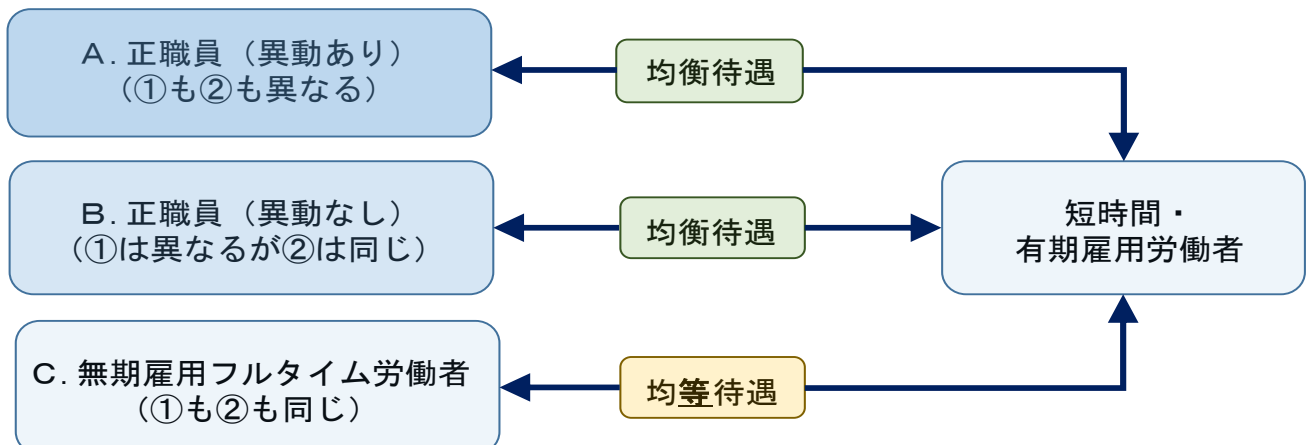
均等待遇 (パートタイム・ 有期雇用労働法 第9条)	短時間・有期雇用労働者と通常の労働者との間で、 ①職務の内容（業務の内容および責任の程度） ②職務の内容・配置の変更の範囲 が同じ場合は、短時間・有期雇用労働者であることを理由とした差別的扱いを禁止すること※ ¹	同じ仕事なのに非正規だからという理由だけで待遇に差をつけるのは不合理
均衡待遇 (パートタイム・ 有期雇用労働法 第8条)	短時間・有期雇用労働者と通常の労働者との間で、 ①職務の内容（業務の内容および責任の程度） ②職務の内容・配置の変更の範囲 ③その他の事情※ ² を考慮して不合理な待遇差を禁止すること	仕事や役割の違い以上に待遇に差をつけるのは不合理

※¹ 均等待遇では、待遇について同じ扱いをする必要があります。

同じ取り扱いのもとで、能力・経験等の違いにより差がつくのは問題ありません。

※² ③その他の事情とは、上記①②以外の事情で、個々の状況に合わせて、その都度検討します。

具体的には、成果、能力、経験、合理的な労使の慣行、労使交渉の経緯などが想定されます。



4

医業経営情報レポート

同一労働同一賃金対応 給与制度の改定方法

■ キャリアパスにもとづいた給与体系の検討手順

(1) 給与体系構築の意義

均等待遇・均衡待遇の確保を図るためには、職務（役割）に連動した給与体系の構築が必須となります。給与制度を見直す際に最初に取り組むべきことは、「法人の基本姿勢と給与体系を総合的に整理すること」ですが、まずは正職員と非正規職員への役割期待をどのように位置付けるかを整理し、法人としての方針を決定します。

職員にとっては、給与は安心して生活を送るための糧であるとともに、努力や功績に対して報われることで、やる気や活力の源ともなります。給与のあり方によっては職員のやる気と法人の業績を同時に高めていく事も可能であると考えられます。

そのため、給与体系を見直す際には自法人において「どのような職員と一緒に働いていきたいか」「どのような観点を重視して人事管理を行いたいか」「どのような視点を重視して経営を行っていくか」を整理する必要があります。

例えば、法人の考え方と採用すべき給与体系の例として以下のようなものが考えられます。

■ 法人の考え方と採用する給与体系の例

方針	法人の考え方	採用する給与体系
①	年齢や経験年数に関わらず、職員の能力に見合った給与を支払いたい	職務遂行能力を評価する職能給を採用し、職員の能力を評価する
②	新卒職員を確保し、法人の中でキャリアを形成し長期にわたって活躍してほしい	同業他社と比べて高めの初任給を設定し、勤続年数に応じて昇給幅を大きくする
③	複数の施設やサービス間で職員の異動が実施できるような体系にしたい	法人内で統一的な給与体系を作成する
④	今後管理職を目指す職員を多くしたい	管理職となる職員の基本給水準、手当を高めの水準に設定する

(2) 法人内職員の労働条件を整理する

給与制度改定に向けて、正職員と非正規職員、パート職員などの間にどのような労働条件の違いがあるのかを把握することが重要です。

把握する際は、整理・比較できるように表にまとめると見やすくなります。

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。

病医院理念の必要性

**病医院理念とはどのようなものなのか。
また、なぜ必要なのでしょう。**

病医院理念は、経営を行っていく上での活動のよりどころ、指針を与えるとともに、戦略策定の際の前提となるものであり、戦略の上位概念として位置づけられます。

病医院理念の策定にあたっては、次の3つの視点から検討します。

①存在価値・使命

社会にどんな価値を提供したいか、それが社会にどのような意味があるのか、そもそも自院が何のために存在するのか

例)「患者の健康増進に貢献する」、「安心、楽しい時をつくる」

②経営姿勢

経営を遂行していく上で重んじること

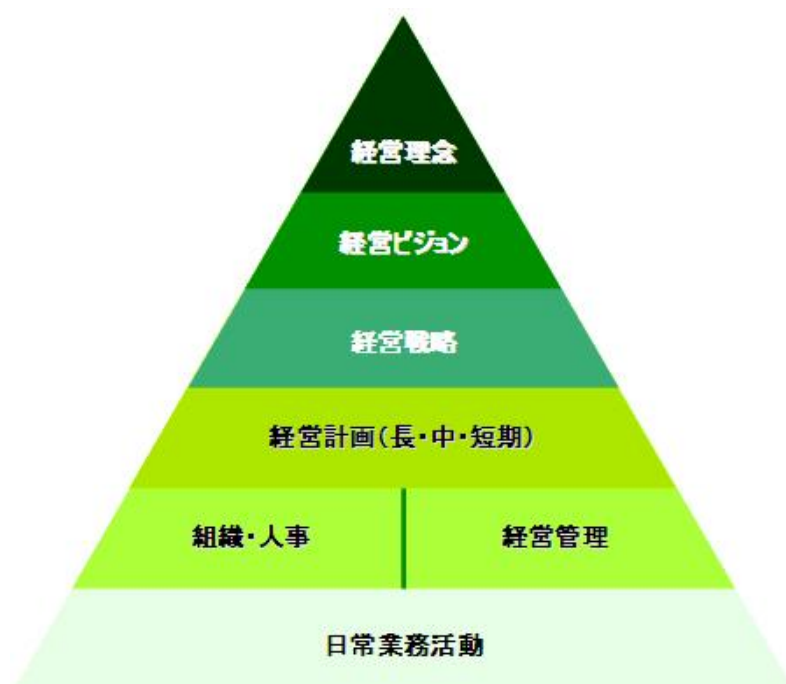
例)「創意工夫を重んじる」、「スピードを重んじた組織行動をとる」

③行動指針

職員一人ひとりに心がけてほしいこと

病医院運営において理念が機能するためには、理念が誰の目にも納得できるもの、価値あるもの、そして日常の行動規範として、組織の構成員一人ひとりにしみこんだ空気のような存在になることが求められます。それは、自院の風土（組織風土）となることでもあります。

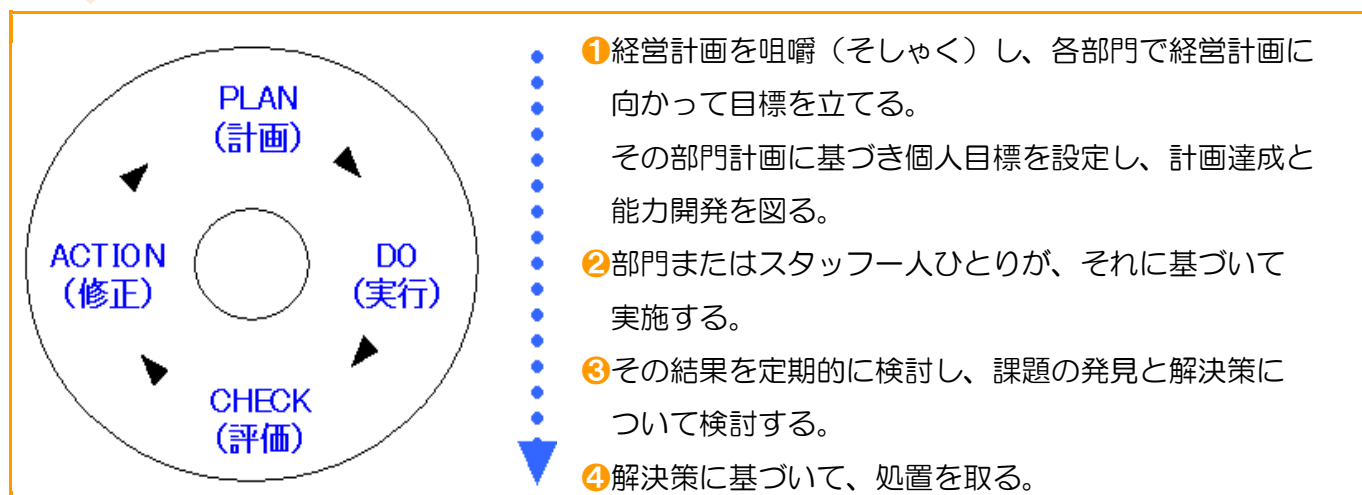
そうした意味では、病医院理念は自院が依って立つところを示すことはもちろん、自院が存続していくために「すべきこと」「してはいけないこと」を明確に示すものでなければなりません。



PDCAサイクルの展開方法

経営計画を遂行するための PDCAサイクルの展開方法を教えてください。

PDCAサイクルとは、以下の図の4段階を基本とした目標管理のプロセスです。医療機関の場合は、施設や設備に多額の投資が必要であるとともに、医療サービスの提供を担う人材が重要であり、PDCAサイクルを適切に回していくために、財務基盤の強化と併せて、人材育成・教育に力点を置かなければなりません。



また財務基盤を強化するためには、年度・中期経営計画の中で資金調達および返済計画を立てて、キャッシュフロー経営を行うことが必要です。

質の高い医療サービスを提供しつづけるためには、人材の育成・教育も年度・中期経営計画の中で明確にし、実行することが求められます。そして、その中には職員の意識改革も含まれるため、収入の確保、経費の削減といった成果への効果も期待できます。つまり、経営体質の基盤となる組織（法人、病医院）の目標は、法人（病医院）理念からスタートし、法人の経営目標、部門目標そして個人目標へと大きな目標がブレイクダウンされ、さらに職員一人ひとりがそれに向かって邁進することで、その総和が法人の経営目標の結果となるのです。

したがって、経営計画は経営目標に従ったものであり、かつ、ブレイクダウンした個人目標は経営計画に則ったものでなくてはなりません。さらに個人目標は、より具体的で達成可能なものとする事で、個々の目標達成のための意欲が喚起されます。

このことから、個人目標は、より具体的で到達可能な目標を立てやすいため、「中期経営計画」よりも「年度経営計画」にリンクする形が望ましいでしょう。