

週刊 医業経営

MAGAZINE

WEBマガジン



発行 税理士法人優和

1

医療情報ヘッドライン

平成 26 年度改定に向け
費用対効果評価の試行的導入さぐる

厚生労働省

協会けんぽ医療費が 12 月中旬にも枯渇か？
特例公債法案成立せず、協会けんぽ補助金滞る

厚生労働省

2

経営TOPICS

統計調査資料

最近の医療費の動向 平成24年6月号

3

経営情報レポート

2025 年モデルの実現へ
医療・介護サービス 提供体制再編の方向性

4

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**

経営戦略策定のポイントと必要性

経営管理体制の意義

医療情報

ヘッドライン ① 厚生労働省

平成 26 年度改定に向け 費用対効果評価の試行的導入さぐる

厚生労働省は 10 月 31 日、中医協の「費用対効果評価専門部会」を開催し、QOL 評価の具体的手法について議論した。この専門部会は、「新たな医療技術や医薬品、医療機器を保険導入するか否かの判断、あるいは価格設定にあたって、『費用対効果』を勘案できないか」という問題意識に立って設けられている。

費用対効果評価は、イギリスにおいて、医療技術等の費用対効果を判定する公的機関 NICE が用いる『QALY』という指標が有名である。このような海外の仕組みも参照しながら、平成 26 年度診療報酬改定において費用対効果評価を試行的導入できないか、という検討が進められている。

なお、NICE (National Institute of Clinical Excellence) とは、イギリスの公的医療 (NHS : National Health Service) でカバーされる治療方法と薬剤、医療機器に関して基準を決定する機関であり、治療や薬剤の有効性は勿論のこと、経済性の観点からも評価し、国民が受けられる治療を決めていく独立機関である。

医療技術の効果は、患者の QOL (生活や心の質度) をベースに判定されるイギリスでは、QOL を評価するにあたって、「どのような疾病にも適用可能な『包括的尺度』と「疾病別の『尺度』」を組み合わせで実施している。

<中医協関連記事>「長期収載医薬品と後発医薬品」問題で中間とりまとめ案

厚生労働省は 10 月 31 日、中医協の薬価専門部会を開催し、これまでの議論を整理したうえで、「長期収載医薬品と後発医薬品」問題について中間とりまとめに向けた検討に入った。

厚労省当局案が示した「中間とりまとめ」に向けた議題は、(1) 後発品と長期収載品の薬価差、(2) 長期収載品の後発品への置換えという 2 点である。

(1) の薬価差については、坂巻参考人 (名城大学教授) や、加茂谷専門委員 (塩野義製薬株式会社常務執行役員) から、「長期収載品を含む先発品には情報提供の役割があること」や「研究開発費用回収が終了していないこと」を理由に、薬価差の維持を求める意見が出されている。

また、(2) の後発品への置換えについては、坂巻参考人等から「後発品シェアの国際比較等を可能にするために、置換えが不可能な漢方薬などは長期収載品の範囲から除外すべき」との提案がなされ、概ね了承された。

部会では、今冬にも中間とりまとめを行い、その後、次期薬価制度改革に向けた他の課題について議論していく方針を示している。

協会けんぽ医療費が12月中旬にも枯渇か？ 特例公債法案成立せず、協会けんぽ補助金滞る

厚生労働省は10月28日、中小企業従業員の健康保険を運営する全国健康保険協会（協会けんぽ）が支払う医療費が、12月中旬にも枯渇する見通しであることが、同省の調べで明らかとなったと発表した。

原因は、赤字国債を発行するための特例公債法案が成立せず政府が予算執行抑制を続け、協会けんぽに対する補助金支出を見合わせているためとされる。不足分は銀行からの借入れを検討するが、金利負担は加入者の保険料に上乗せされることになる。

協会けんぽから医療機関への支払いは、保険料で不足する分を国からの補助金でまかっている。今年度の補助金は1.3兆円を予定し、4月に8千億円が支払われた。残り5千億円は10月に支払われる予定だったが、執行の抑制で見送られている状況にある。このままでは、12月以降、医療機関への支払いに必要な金額のうち月1千億円強の不足が生じる見通しだ。

野田佳彦首相が衆院解散時期を明示せず、同法案への野党の賛同が得られない状態が続いた場合、協会けんぽは銀行から毎週300億円規模の借入れを実施し、不足分を補うことになる。

一方で、協会けんぽには現在、高齢者医療への拠出金を減らす一時的な負担軽減策がとられているが、この暫定措置は今年度末で終わることになっているものの、関係者の見通しでは2～3年延期の可能性が高い。

11月7日から始まった社会保障審議会においても、この問題が焦点となっている。中小企業の協会けんぽ、大企業の健保組合、そして共済組合で相互に利害がからむだけに、また国側の「延期」という先送りでのしぐ気配が濃厚とされる。

医療費の枯渇時期の予想は、インフルエンザなどの感染症の流行で新たに増大する医療費を想定していない。このため同省幹部は「枯渇が早まることもありうる。医療費の推移を見守りたい」として、早ければ11月中旬に枯渇する可能性もあるとみている。

病院への医療費の支払いが滞ると、医療費の3割を自己負担している協会けんぽ加入者らが、全額負担しなければならない事態に陥る可能性があることから、協会けんぽは銀行からの借入れを行う方針を決めた。補助金が滞ることを原因とする借入れは初めてで、この借金の利子は加入者が負担することになるなど、問題は多い。

最近の医療費の動向

平成24年6月号

1 制度別概算医療費

●医療費の推移

(単位：兆円)

	総計	医療保険適用								公費
		70歳未満	被用者保険			国民健康保険	(再掲)未就学者	70歳以上	(再掲)75歳以上	
			本人	家族						
平成19年度	33.4	17.4	9.5	5.0	4.5	7.9		14.5		1.5
平成20年度	34.1	17.7	9.8	5.2	4.6	7.9	1.3	14.8	11.4	1.6
平成21年度	35.3	18.1	10.0	5.3	4.7	8.1	1.3	15.5	12.0	1.7
平成22年度	36.6	18.6	10.3	5.4	4.9	8.3	1.5	16.2	12.7	1.8
平成23年度	37.8	18.9	10.5	5.5	5.0	8.4	1.5	17.0	13.3	1.9
4~9月	18.6	9.3	5.1	2.7	2.4	4.2	0.7	8.4	6.6	0.9
10~3月	19.2	9.6	5.4	2.8	2.6	4.2	0.8	8.6	6.7	1.0
平成24年度4~6月	9.5	4.7	2.6	1.4	1.2	2.1	0.3	4.3	3.4	0.5
5月	3.2	1.6	0.9	0.5	0.4	0.7	0.1	1.5	1.1	0.2
6月	3.2	1.6	0.9	0.5	0.4	0.7	0.1	1.4	1.1	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」の「70歳以上」には後期高齢者医療の対象（平成19年度以前は老人医療受給対象）となる65歳以上70歳未満の障害認定を受けた者に係るデータが含まれる。

「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、公費負担のみのデータである。

2 診療種類別概算医療費

●医療費の推移

(単位：兆円)

	総計	診療費	医科			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
			入院	入院外	歯科						
平成 19 年度	33.4	27.4	12.5	12.4	2.5	5.2	0.8	0.06	13.4	17.5	2.5
平成 20 年度	34.1	27.7	12.8	12.4	2.6	5.4	0.8	0.06	13.6	17.8	2.6
平成 21 年度	35.3	28.5	13.2	12.7	2.5	5.9	0.8	0.07	14.0	18.6	2.5
平成 22 年度	36.6	29.6	14.1	13.0	2.6	6.1	0.8	0.08	14.9	19.0	2.6
平成 23 年度	37.8	30.3	14.4	13.3	2.7	6.6	0.8	0.09	15.2	19.8	2.7
4～9月	18.6	15.0	7.1	6.5	1.3	3.2	0.4	0.04	7.5	9.7	1.3
10～3月	19.2	15.3	7.3	6.7	1.3	3.4	0.4	0.04	7.7	10.1	1.3
平成 24 年 4～6月	9.5	7.6	3.6	3.3	0.7	1.6	0.2	0.02	3.8	4.9	0.7
5月	3.2	2.6	1.2	1.1	0.2	0.5	0.1	0.01	1.3	1.7	0.2
6月	3.2	2.6	1.2	1.1	0.2	0.5	0.1	0.01	1.3	1.7	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ていない。

注2. 入院時食事療養等に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 医療費の動向

●医療費総額の伸び率(対前年同期比)

(単位：%)

	総計	医科計	医科 病院				医科 診療所	歯科 計	保険 薬局	訪問 看護 ア-ソシ	
			大学 病院	公的 病院	法人 病院	個人 病院					
平成 20 年度	1.9	1.1	1.4	4.6	▲ 0.0	2.4	▲ 14.1	0.3	2.6	5.3	15.9
平成 21 年度	3.5	3.0	3.4	5.6	3.3	3.4	▲ 4.2	1.9	▲	7.9	10.8
平成 22 年度	3.9	4.1	5.4	7.9	5.5	5.0	▲ 5.8	1.2	1.8	3.6	11.8
平成 23 年度	3.1	2.1	2.4	4.3	2.1	2.3	▲ 6.0	1.6	2.6	7.9	9.5
4～9月	2.9	1.8	2.0	4.5	1.7	2.0	▲ 7.1	1.2	2.2	8.1	8.5
10～3月	3.4	2.5	2.7	4.0	2.6	2.7	▲ 4.8	2.0	2.9	7.6	10.5
平成 24 年 4～6月	1.8	1.9	2.5	4.0	2.7	2.2	▲ 6.7	0.5	2.3	1.1	17.4
5月	4.9	4.6	5.0	7.1	6.1	4.1	▲ 5.2	3.6	5.3	5.9	23.3
6月	1.2	0.8	0.7	2.2	▲ 0.2	1.2	▲ 6.9	0.9	3.3	1.8	17.0

注1. 医科病院の種類について、「大学病院」は医育機関をいう。「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、医育機関を除く）。

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 医療費の動向

●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 20 年度	0.3	▲ 0.7	2.4	▲ 2.4	1.9	2.5	▲ 0.2	1.6	1.7	1.5
平成 21 年度	1.9	2.7	▲ 0.2	0.7	4.1	0.3	▲ 2.3	0.7	▲ 2.0	2.4
平成 22 年度	1.2	0.9	2.5	▲ 3.0	1.6	2.1	0.8	1.9	6.3	1.2
平成 23 年度	1.6	1.5	1.9	▲ 0.1	3.5	2.5	▲ 0.3	1.5	▲ 0.6	2.5
4～9月	1.2	1.1	2.3	▲ 0.6	2.9	1.8	▲ 1.0	0.5	0.6	1.5
10～3月	2.0	1.8	1.6	0.3	4.0	3.3	0.4	2.4	▲ 1.6	3.5
平成 24 年 4～6 月	0.5	▲ 0.2	▲ 4.6	▲ 2.2	3.1	0.9	1.8	3.7	▲ 0.7	1.8
5 月	3.6	2.3	▲ 1.2	1.1	6.9	5.3	4.3	8.6	4.4	4.5
6 月	0.9	0.4	▲ 6.0	▲ 2.9	3.5	1.0	2.9	4.1	2.2	2.0

(3)入院 医科病院医療費の動向

●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					医科診療所
	大学病院	公的病院	法人病院	個人病院		
平成 20 年度	2.9	3.1	2.8	2.6	▲ 1.0	0.5
平成 21 年度	4.0	4.5	4.4	3.6	2.9	▲ 1.9
平成 22 年度	7.5	8.2	8.1	6.3	6.3	3.2
平成 23 年度	3.2	2.2	3.9	2.7	2.5	▲ 2.2
4～9月	3.2	2.0	3.8	2.6	3.0	▲ 2.4
10～3月	3.2	2.4	4.0	2.7	2.0	▲ 2.0
平成 24 年 4～6 月	3.2	4.9	3.9	2.3	2.2	0.0
5 月	5.2	6.8	7.0	3.6	2.9	2.9
6 月	1.5	3.4	1.1	1.4	1.1	▲ 1.8

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。

2025 年モデルの実現へ 医療・介護サービス提供体制 再編の方向性

ポイント

- 1 消費増税で医療・介護はどのように変わるのか
- 2 医療・介護サービス提供体制改革の取り組み
- 3 2025 年の介護サービス提供体制のあり方



1 消費増税で医療・介護はどのように変わるのか

■ 社会保障と税一体改革関連法の成立までの背景と経緯

日本の社会保障制度は、少子高齢化等による人口構成の変化、経済情勢低下による雇用基盤の弱体化や貧困・格差問題などの新たな課題への対応に迫られています。

さらに、社会保障費は国家財政の大きな部分を占めるうえ、年々増加している一方で、税収は歳出に対して大幅に不足している現状があります。

◆ 社会保障・税一体改革が必要とされる背景 ～財源を確保し、充実・安定化へ

- 高齢者への給付が相対的に手厚く、現役世代の生活リスクに対応できていない
- 貧困問題や格差拡大への対応などが不十分
- 社会保障費の多くが赤字国債で賄われ、負担は将来世代に先送り

現役世代も含めたすべての人が、より受益を実感できる社会保障制度の**再構築**＝機能強化

社会保障の安定・強化と財源の確保、および財政再建のための改革を同時、一体で実行しようとする社会保障と税の一体改革は、2011年6月2日、政府の社会保障改革に関する集中検討会議が「社会保障改革案（以下、改革案）」を取りまとめ、同30日には政府・与党による「社会保障・税一体改革成案（以下、成案）」が策定されました。

ここでは、医療・介護を含めた社会保障のあるべき姿を提示するとともに、消費税率の段階的引き上げ（2010年代半ばまでに税率10%）が明記されています。

■ 消費増税は報酬引き上げにつながるか

消費税率が段階的に10%まで引き上げられることにより、医療・介護関連分野に充当される財源も増えると見込まれますが、現状からの5%アップで増える税収予測13.5兆円のうち、社会保障の充実に割り当てられるのは、このうち1%相当分に過ぎません。

残る4%については社会保障の安定化（増税に伴う支出増、将来世代へのつけ回し軽減を含む）、つまり現在の社会保障制度を維持するための財源となります。

しかし、社会保障目的税化を明示して消費増税を実行することから、診療・介護報酬改定率アップはそれほど期待できないと考えるべきです。

2 医療・介護サービス提供体制改革の取り組み

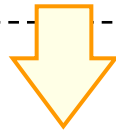
■ 医療・介護サービス提供体制に関わる問題認識

医療制度改革以降、中長期の様々な政策が実施されていますが、現在も引き続き問題として捉えられているのは、医療・介護提供体制に関する機能と連携の強化です。

さらに、医療・介護ニーズに対し必ずしも効率的で最適なサービス提供とはなっておらず、過剰需要が生じている一方で、必要なサービスが十分には提供されていないという指摘もあります。

◆ 医療・介護サービス提供体制に関する課題と改革の方向性

- 医療・介護を担う人材の不足・偏在と不十分な機能分化
 - ：諸外国に比べても多い人口当たり病床数、病床あたり職員数の少なさ
 - 平均在院日数の長さ（医療密度の薄さと表裏をなすもの）、救急医療等
- 居住系サービスの不足、在宅医療・介護サービスの不足、医療と介護の連携不足
- 生活習慣予防等の推進による健康度の向上 など



目指すべき改革の方向性

2025年頃までに現在指摘されている課題を解決し、**機能分化と連携**により、重層的・一体的に住民を支える医療・介護サービス体系を構築する

- 改革の具体的な方向性：人材確保と資質の向上、病院・病床の機能分化・強化
地域包括ケアシステムの確立、介護予防・重度化予防
- 改革による国民のQOLの向上：急性期医療における医療資源の集中投入
医療と介護の連携強化と地域ケア体制の整備

■ 医療・介護サービス提供体制拡充モデル

病院・病床機能の役割分担を通じて、より効果的・効率的な提供体制を構築するため、一般病床区分を「高度急性期」「一般急性期」「亜急性期」など、ニーズに合わせた機能分化・集約化と連携強化を図ることとし、併せて、地域の実情に応じて幅広い医療を担う機能も含めて、新たな体制を段階的に構築するものとしています。

また、医療機能の分化・強化と効率化の推進によって、高齢化に伴い増大するニーズに対応しつつ、概ね現行の病床数レベルの下で高機能の体制構築をめざすこととしました。

■ 充実・重点化・効率化を図る改革シナリオ

国と厚生労働省が目指す 2025 年モデルの実現に向けては、消費増税分の使途として示された充実化の各項目の一方で、重点化・効率化を図る項目についても、いわゆる改革シナリオ（＊）の中で明記され、これらの推進には診療報酬・介護報酬の改定などにより、誘導が図られるとみられます。（＊）改革シナリオ：平成 23 年 6 月「医療・介護に係る長期推計（主にサービス提供体制改革に係る改革について）」厚生労働省資料に記載

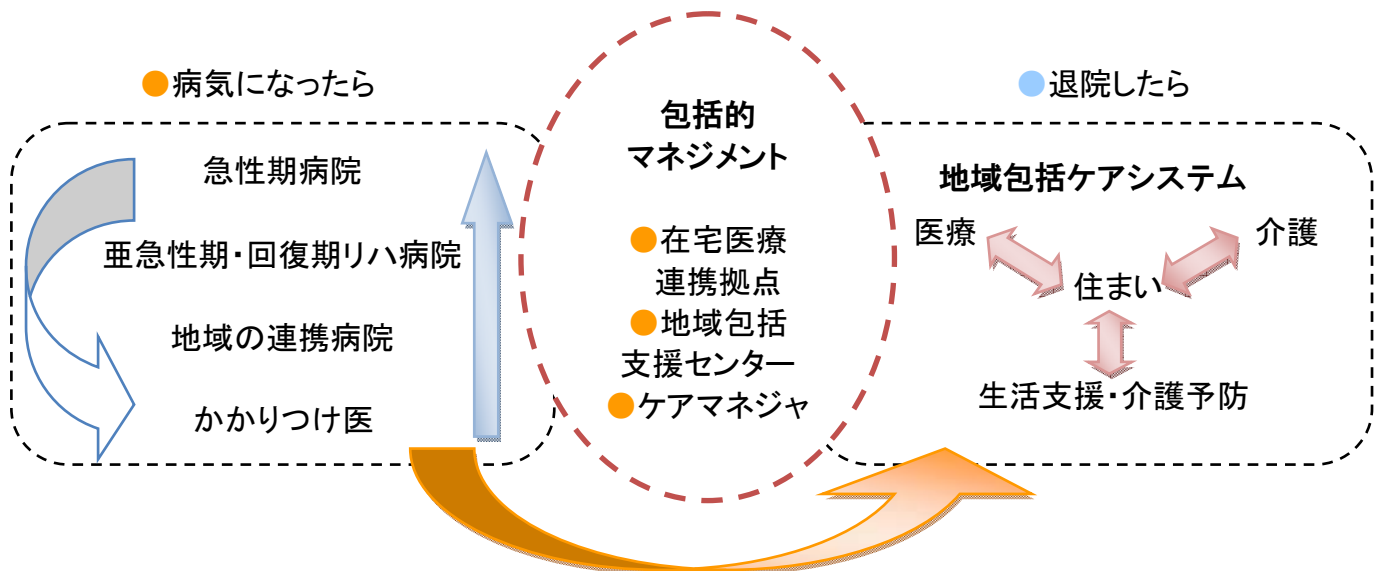
充実化項目の多くは、医療・介護従事者数の増加から単価増に結び付ける方向性が示されています。介護報酬においては、近年介護従事者の処遇改善に関するインセンティブが重視されていますが、特に急性期医療提供の場面で、提供体制として職員数を増加させ、単価のアップにつなげようという取り組みそのものは、全国の大部分を占め、かつ地域の一般急性期医療を担う中小病院および診療所にとっては、直接の大きなメリットにはならない可能性があります。

重点化・効率化項目では、在院日数の短縮が重視されていますが、これにより早期の退院・在宅復帰で患者のQOLも向上するという考え方が基盤となっています。そのためには、在宅医療・在宅介護を支援するサービス提供の充実が必須であり、医療・介護サービスを提供する側としては、早期のシフト転換が求められることとなります。

■ 医療・介護サービス改革のイメージ

社会保障・税一体改革で行う取り組みは、入院医療の強化と在宅医療の充実、地域包括ケアシステムの構築によって、地域を問わず必要に応じて適切な医療・介護サービスを受けられる仕組み作りを目指としています。

◆改革のイメージ～（出典）社会保障・税一体改革関連政府資料より



3 2025年の介護サービス提供体制のあり方

■ 介護サービス提供体制の多様化と機能強化へのニーズ

2012年現在、65歳以上の高齢者1人に対して現役世代20～64歳の支え手が2.4人に減少し、いわゆる「騎馬戦型」社会となりました。2050年には、65歳以上1人に対して20～64歳は1.2人と推計され、社会保障においては「肩車型」社会が到来する見込みです。

こうした現状を受け、社会保障費負担の見直しと併せて、高齢者人口が増大することで、住み慣れた地域での生活を継続しながら、サービス全体の量の拡充とニーズの多様化に対応する介護サービスの今後のあり方は、2025年を見据えた大きな検討課題になっています。

◆ 介護サービスをめぐる具体的改革方針

- 介護サービスの多様化と機能強化
- 居住系サービスの拡充
- 認知高齢者に対するサービス強化
- 地域密着型の施設サービス
- 利用者のニーズを踏まえた介護施設機能強化

2025年に向け、医療・介護サービス提供体制は、社会経済情勢の変化に対応しながら安定した制度を維持することが求められています。日本は、国民皆保険制度に代表されるような成熟した社会保障制度を持っているものの、その安定した運営には財源不足が大きな課題でありました。一方で、医療と介護は報酬面で一線を画しつつも、実態として連携が不可欠な分野であることは議論の余地がなく、いずれかの提供体制が崩壊すれば成り立つものではないため、社会保障制度の両輪であるといえます。

社会保障・税一体改革関連法の成立に際して、消費増税によって再び受診抑制が起こるのではないか（97年患者負担引き上げ時）という懸念もあります。介護サービス提供においては、介護報酬改定が必ずしも人材面での充実に効果が表れていないという問題を抱えていることは否めません。さらに、介護分野においては消費増税への対応は初となります。

しかし、同改革における医療・介護サービス提供体制改革方針の具現化に向けては、消費増税により生ずる財源の振り分けとともに、医療機関の運営に直接的影響が大きい新たな規制や制度の創設についても注視していくことが必要です。

経営データベース 1

ジャンル: 経営計画 > サブジャンル: 経営戦略



経営戦略策定のポイントと必要性

病医院で戦略的経営を進めるポイントと、その必要性を解説してください。



病医院が安定して医療サービスを提供するためには、病医院の機能を保持するための利潤と新たな設備投資、そしてより良質な医療を提供するための利潤が必要になります。この利潤を得るため、「待ちの経営」から患者を引き付けるために「外に出る経営」への転換が必要となり、ここに戦略としての経営方針が重要になるのです。

戦略の本来の意味は、戦争や政治闘争における敵に勝つための総合的な方法や計略ですが、この考え方を病医院においては患者獲得のために用いるということです。

経営戦略には、大きく分類して「基本戦略」と「事項戦略」があります。このうち、病医院の諸活動に大きな影響を及ぼし、その成否が病医院のパフォーマンスに深く影響するものが基本戦略であり、その構成要素は、診療圏のポートフォリオとその病医院の担当する分野、および医療活動に必要な経営資源との組合せです。

戦略を医業経営に置き換えて定義すると、「長期的な視点で経営活動の基本的な方向付けを行う」ということを意味します。したがって、経営者（院長）及び中間管理者（事務長・看護部長・医局長・看護師長、科長・課長）が、それぞれ自身に与えられた役割と機能を最大限に果たすことが、戦略的経営を実現する最も効果的な方法です。

経営戦略の実践は、望ましい経営のやり方を病医院の経営プロセスに乗せることであり、具体的には、院長が病医院全体の方向や基本的手段を決定し、これに基づいて診療・看護・コメディカル、事務などの各機能の中間管理者が各々の責任の戦略的対応を決定し、実行することです。

つまり、病医院の戦略的な経営管理とは、各中間管理者の行動が病医院全体の方針の中で正しく位置付けられ、かつ、それぞれの努力が自院全体の業績の最適化や戦略実現につながることをねらいとしています。

医業経営戦略の基本は、外部環境の変化に対応した自院の医療活動のあり方の変更ですが、その性格に従って、「外部に対する戦略」と「内部に対する戦略」に区別することができます。

例えば、診療科目と患者ニーズの組み合わせに対応するのは外部志向的戦略であり、組織の活性化やコストダウンは内部志向戦略に分類されます。

◆主な戦略の原理

- | | |
|---------------------|------------------|
| ① 目的を手段に適合させる | ⑦ 戦いは連続したプロセスである |
| ② 常に目的を銘記する | 常に、次のステップを予期せよ |
| ③ 最小予期路線を選べ | ⑧ 計画に柔軟性を持たせよ |
| ④ 失敗した後はそれと同一の線に従うな | ⑨ 相手の油断を突け |
| ⑤ 相手の予期していないスキをつくこと | ⑩ 攻撃には創造性が必要である |
| ⑥ 相手の手薄なところを攻撃せよ | |

など

経営データベース ②

ジャンル: 経営計画 > サブジャンル: 経営戦略



経営管理体制の意義

病医院の経営改善には経営管理体制の強化が不可欠とされますが、具体的に何を意味するのでしょうか？



経営管理体制とは、経営理念と病医院ビジョンを頂点とし、それらを実現するための取組みを管理する体制を意味します。

また、経営理念および病医院ビジョンとは、医業経営を行っていくうえでの活動の拠りどころとして、院内外の活動に指針を与えるものであり、かつ基本方針に則った戦略策定の前提となるものです。

経営管理体制を構築するには、まず「自院はこのような医療を提供していきたい」という病院の理念・ビジョン、すなわち「あるべき姿」と、経営環境分析に基づく「現状の姿」を基に、「自院がどの診療科目、病床機能でいかなる患者層に医療を提供するのか」といった「事業ドメイン」を決定します。

そして、あるべき姿と現状の自院とのギャップをどのように埋めるかを病院全体レベルで捉えたのが「基本戦略」です。この基本戦略を基に部門ごとで取り組むべき「部門戦略」（看護部での取組み等）、あるいは部門に共通する機能戦略（人事制度等）を立てます。

さらに、各々の戦略を、どのように実行していくか、内容と時間、担当を割り当てたものが「経営計画」です。この計画をもとに日々の業務を遂行していく上で、計画との乖離を把握し調整していくのが「業績管理システム」です。

この一連の流れを繰り返すことによって長期・中期・単年度、および日々の業務といった単位での管理が可能となります。

病医院運営において組織が有効に機能するためには、経営理念や病医院ビジョンが誰の目にも納得でき価値あるもの、また日常の行動規範として、組織の構成員一人ひとりに浸透した存在になることが必要です。それは、病医院の組織風土を形成し、価値観を共有することでもあります。

そうした意味では、経営理念は、病医院がよって立つ基盤を示すことはもちろん、自院が存続していくために「あるべき姿」「ありたい姿」を明確に示すものでなければなりません。

