

2011.4.19

週刊WEB

医療経営マガジン

1 医療情報ヘッドライン

医療費適正化への取り組み 中間評価を公表
全国医療費適正化計画の進捗状況に関する評価

厚生労働省 保険局

基本診療料のコスト調査・分析、現状では「実行困難」
診療報酬調査専門組織・医療機関のコスト調査分科会

厚生労働省 保険局

2 経営TOPICS

統計調査資料

最近の医療費の動向 平成22年11月号

3 経営情報レポート

改正保助看法に対応
新人看護職員の研修体制充実化

4 経営データベース

ジャンル:経営計画 サブジャンル:経営計画の基本と実践

PDCAサイクルの展開方法

病院理念の必要性

医療費適正化への取り組み 中間評価を公表 全国医療費適正化計画の進捗状況に関する評価

厚生労働省保険局は4月8日、全国医療費適正化計画の進捗状況に関する中間評価を公表した。全国医療費適正化計画とは、平成18年の医療制度改革で創設され、国および都道府県は5年を1期として計画を定め、中間年度に進捗状況に関する中間報告を行うものである。平成20年度に策定した全国医療費適正化計画では、国民の健康の保持の推進と医療の効率的な提供の推進について目標と取り組みを設定した。

(1)の国民の健康の保持の推進では、特定検診の実施率が平成20年の38.9%から平成21年では40.5%に上昇。平成24年度までに70%とする目標は、現状では健保組合・共済組合において相対的に高く、市町村国保、協会けんぽなどで低い「二重構造」にあることを指摘した。保険者の取り組みにおいて、がん検診との同時実施、未受診理由の把握、個別通知、地域人材の活用等が有効としている。

(1) 国民の健康の保持の増進

特定健康診査実施率：38.9%（平成20年度：確定値） 40.5%（平成21年度：速報値）

平成24年度には70%とすることを目標としている。

特定保健指導実施率：7.7%（平成20年度：確定値） 13.0%（平成21年度：速報値）

平成24年度には45%とすることを目標としている。

(2) 医療の効率的な提供の推進

平均在院日数は、32.2日（平成18年度） 31.3日（平成21年度）に減少。

医療の効率的な提供の推進により、平成24年度において29.8日とすることを目標としている。

療養病床数（回復期リハビリテーション病棟を除く）は減少。

療養病床全体：35.2万床（平成18年10月） 32.0万床（平成21年7月）

うち医療療養：23.4万床（平成18年10月） 22.7万床（平成21年7月） 介護療養：11.8万床（平成18年10月） 9.3万床（平成21年7月） 療養病床に係わる目標は凍結とする。

(2)の医療の効率的な提供の推進では、地域連携パスに関する診療報酬算定の届け出をしている医療機関が増加した。また、在宅医療・地域ケアの推進では、訪問看護ステーションは横ばいながら、在宅療養支援診療所は、平成18年の9,434施設から平成21年には1万1,955施設へと増加した。療養病床の再編に関して「凍結」としたのは、再編推進が実態にそぐわない懸念があり、機械的削減は行わない方針としたことによる。

尚、(3)の<その他>については、重複受診者に対する保健師の訪問指導、保険者による医療費通知、後発医薬品の使用促進などが挙げられた。

今後は、中間評価を踏まえた、特定健診実施率向上に向けたインセンティブ制度等の取組みを本年より検討会で議論を開始し、病院・病床の役割分担に基づいた継ぎ目のない医療提供体制の構築、都道府県独自の取組みの推進などが重要とされている。

基本診療料のコスト調査・分析、現状では「実行困難」 診療報酬調査専門組織・医療機関のコスト調査分科会

厚生労働省保険局は4月7日、中医協の診療報酬調査専門組織・医療機関のコスト調査分科会を開き、基本診療料に係るコスト調査・分析の実行可能性について議論を行った。この日は、概略で「基本診療料のコスト調査・分析は現状では実行困難」とする報告書をまとめ、5月頃までに正式な報告書として中医協総会に上げる。

基本診療料のコスト調査・分析については、中医協総会で診療側委員の「点数に含まれるコストの積算根拠を明確にして診療報酬に反映させるべき」との強い要望があり、遠藤中医協会長から分科会に調査の可否の意見を求められていた。分科会は1月の前回会合で、実行可能性を含めてコスト調査・分析について議論を行ったが、「そもそも基本診療料に何が含まれているのかが明確ではなく、コスト調査・分析のやりようがない」という消極的な意見と、「コスト調査を行い、医療機関経営の実態をしっかりと把握すべき」という積極的な意見とに分れた。このため、実現可能性の可否を会計の公認会計士らを中心としたワーキンググループ(WG)で検討するとされた経緯がある。

WGから提出された報告書は、「基本診療料について、有効かつ客観的なコスト調査・分析は、現状では極めて難しい」という結論となった。報告書は、大別して(1)入院基本料に関するコスト調査の実行可能性、(2)コスト把握手法の整理、(3)新規に調査設計を行う場合の技術的課題、の3部構成となって

いる。

(1)の実行可能性では、コスト調査の前提として対象となる入院基本料に含まれるサービス内容の具体的定義付けが必要だが、誰にでも納得できる明確な定義が困難なことから、「現時点において、入院基本料に関して適切、有効なコスト調査を実施することは難しい」と指摘した。また、仮に定義付けが明確になったとしても、入院環境に関する費用を入院基本料と室料差額にどう配分させるかといった課題があるとも述べ、さらに調査・分析手法の確立には少なくとも5年程度が必要になると見通している。

また、(1)の課題が解決したとしても、「コスト」を標準原価とすべきか実際原価とすべきかについての合意を得る必要があることや、財務諸表の標準化・正確性の担保といった課題が発生することを(2)のコスト把握手法で指摘。また(3)の調査設計上の技術的課題として、給与費や材料費といったコストを入院基本料と他の診療報酬とでどう配分するのか、といった点があることも示している。

この収束に向け分科会は、WG報告書の前文に厚労省が提示した「再整理すべき事項」のエッセンスを盛り込んで、中医協総会に報告することを提案し、了承された。再整理が必要な事項としては、「原価データをベースにした経営管理が十分に浸透していない日本で、コスト調査を行う意義はどこにあるのか」、「コスト調査・分析結果をどう活用するのか」という2点を挙げている。

最近の医療費の動向

平成22年11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18年度	32.4	17.2	9.4	4.9	4.5	7.9		13.8		1.4
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
4～9月	17.4	8.9	4.9	2.6	2.3	4.0	0.6	7.7	6.0	0.8
10～3月	17.8	9.2	5.1	2.7	2.4	4.1	0.7	7.8	6.1	0.9
平成22年4～10月	24.2	12.3	6.7	3.6	3.2	5.5	0.9	10.8	8.4	1.2
4～9月	18.1	9.1	5.0	2.7	2.4	4.1	0.7	8.0	6.3	0.9
9月	6.2	3.1	1.7	0.9	0.8	1.4	0.3	2.7	2.1	0.3
10月	3.1	1.6	0.9	0.5	0.4	0.7	0.1	1.4	1.1	0.2
11月	3.1	1.6	0.9	0.4	0.4	0.7	0.1	1.4	1.1	0.2

注1. 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における審査分の医療費（算定ベース）である。
 注2. 医療保険適用70歳以上には、長寿医療の対象（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を含む。
 注3. 「公費」欄には、医療保険適用との併用分を除く、公費負担のみの医療費を計上している。

2 種類別概算医療費

医療費の推移

(単位：兆円)

	総計	診療費			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	
		医科 入院	医科 入院外	歯科							
平成 18 年度	32.4	26.8	12.2	12.1	2.5	4.7	0.8	0.05	13.0	16.9	2.5
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
4～9月	17.4	14.1	6.5	6.3	1.3	2.8	0.4	0.04	6.9	9.2	1.3
10～3月	17.8	14.4	6.7	6.4	1.3	3.0	0.4	0.04	7.1	9.4	1.3
平成 22 年 4～10 月	24.2	19.7	9.3	8.6	1.7	4.0	0.6	0.05	9.9	12.6	1.7
4～9月	18.1	14.7	7.0	6.4	1.3	2.9	0.4	0.04	7.4	9.4	1.3
9月	6.2	5.0	2.4	2.2	0.4	1.0	0.1	0.01	2.5	3.2	0.4
10月	3.1	2.5	1.2	1.1	0.2	0.5	0.1	0.01	1.2	1.6	0.2
11月	3.1	2.5	1.2	1.1	0.2	0.5	0.1	0.01	1.2	1.6	0.2

注1．診療費には、入院時食事療養の費用額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、入院時食事療養の費用額に入院時生活療養の費用額を合算している。

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 ステーション
			大学 病院	公的 病院	法人 病院	個人 病院					
平成 18 年度	0.1	0.2	0.4	3.0	2.0	0.9	12.6	0.3	2.8	6.7	2.6
平成 19 年度	3.1	2.3	2.4	4.2	1.4	3.5	12.3	2.0	0.2	0.1	0.2
平成 20 年度	1.9	1.1	1.4	4.6	0.0	2.4	14.1	0.3	2.6	4.4	2.5
平成 21 年度	3.5	3.0	3.4	5.6	3.3	3.4	4.2	1.9	0.7	1.9	0.9
4～9月	3.9	3.3	3.5	6.4	3.4	3.3	3.1	2.6	0.7	1.9	0.8
10～3月	3.1	2.7	3.3	4.8	3.2	3.4	5.4	1.2	0.7	1.9	0.9
平成 22 年 4～10 月	3.8	4.2	5.6	8.1	5.8	5.3	5.8	0.9	2.2	5.7	2.0
4～9月	3.9	4.3	5.7	7.9	5.9	5.4	5.4	1.2	1.4	4.8	1.2
9月	3.7	3.8	5.6	8.8	5.6	5.2	6.9	0.1	4.6	8.5	4.4
10月	1.1	1.7	3.9	7.6	3.6	3.7	8.6	3.3	1.0	4.8	0.8
11月	6.4	6.0	7.3	10.0	7.6	6.8	5.1	3.3	8.4	12.4	8.2

注1．病院は経営主体別に分類している。

注2．「大学病院」には、病院のうち、医育機関である医療機関を分類している。

注3．「公的病院」には、病院のうち、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（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分類している。但し、医育機関を除く。

注4．医療費には、入院時食事療養の費用額及び入院時生活療養の費用額を含んでいる。

(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	診療科								
		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 18 年度	0.3	0.4	2.3	3.1	1.2	1.1	0.9	3.7	1.5	3.7
平成 19 年度	2.0	2.2	2.4	0.3	4.1	0.1	0.5	1.0	0.9	5.2
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
4～9月	2.6	3.4	1.2	1.4	4.4	0.3	1.9	0.9	1.8	2.7
10～3月	1.2	2.0	1.3	0.0	3.8	0.2	2.6	0.5	5.2	2.2
平成 22 年 4～10月	0.9	0.3	0.5	3.3	1.8	2.5	0.9	2.6	6.0	1.6
4～9月	1.2	1.1	3.3	3.1	1.3	2.1	0.5	2.3	3.2	1.7
9月	0.1	1.9	9.1	3.8	3.3	3.8	2.3	3.5	14.1	1.1
10月	3.3	4.5	12.8	6.8	0.7	1.2	0.5	1.2	6.3	2.2
11月	3.3	0.9	5.5	0.6	7.7	9.5	5.3	6.1	22.5	4.7

注. 医科診療所ごとの主たる診療科別に医科診療所を分類して、医療費を集計している。

(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	施設別			
		大学病院	公的病院	法人病院	個人病院
平成 18 年度	0.5	2.2	0.6	0.7	2.3
平成 19 年度	4.2	3.9	3.9	3.9	1.7
平成 20 年度	2.9	3.1	2.8	2.6	1.0
平成 21 年度	4.0	4.5	4.4	3.6	2.9
4～9月	4.1	4.7	4.6	3.4	3.5
10～3月	4.0	4.3	4.2	3.7	2.3
平成 22 年 4～9月	7.8	8.8	8.3	6.7	6.2
4～9月	7.7	8.6	8.1	6.7	5.9
9月	8.1	9.2	8.8	6.8	7.1
10月	7.0	9.2	7.3	5.8	5.2
11月	9.2	9.1	10.2	7.8	9.0

注. 医療費には、入院時食事療養の費用額及び入院時生活療養の費用額を含んでいる。

「最近の医療費の動向(平成 22 年 11 月号)」の全文は、
当事務所のホームページの「経営 TOPICS」よりご確認ください。

改正保助看法に対応 新人看護職員の研修体制充実化

ポイント

1 法改正で新人看護職員研修は努力義務化

2 ガイドラインにみる研修体制構築のポイント

3 補助事業の活用で教育・研修体制を充実

4 研修到達目標・プログラムの作成例



1 法改正で新人看護職員研修は努力義務化

■ 法改正に至るまでの経緯と背景 ~ 新人看護職員の問題

平成 21 年 7 月の保健師助産師看護師法及び看護師等の人材確保の促進に関する法律の改正により、同 22 年 4 月 1 日より、新たに業務に従事する看護職員、すなわち新人看護職員の臨床研修等について、病院等の開設者に対し努力義務が課せられるようになりました。

ここでいう「病院等」には、新人看護職員がいる全ての施設が含まれ、病院、診療所、助産所、介護老人保健施設および指定訪問看護事業所がその対象となっています。

これら 2 つの法改正の背景には、医療の高度化や在院日数の短縮化、医療安全に対する意識の高まりなど国民のニーズの変化とともに、臨床現場で求められる「臨床実践能力」と看護基礎教育で修得する「看護実践能力」との間に生じてきたギャップが、新人看護職員の離職の一因と指摘されたことが挙げられます。

新人看護職員における近年の問題

新卒時の能力と求められる能力との乖離

新人看護職員の実際の能力と看護現場で求められる能力とのギャップが、職場定着を困難にしている

新人看護職員が抱える医療事故への不安

新人看護職員は、医療事故に対して重大な責務を自覚し、医療事故を起こしてしまうかもしれないことへの不安を感じている

早期離職者（新卒入職後 1 年以内）の増加傾向

病院等に就職して 1 年以内に、新人看護職員の約 1 割が離職している実態がある

つまり、上記で問題とされた看護基礎教育と臨床現場との乖離を埋めるためには、看護基礎教育の充実を図るとともに、臨床実践能力を高めるために必要な新人看護職員研修が不可欠であるという考え方が前提となっています。

この研修の実施内容や方法について、平成 16 年に厚生労働省による「新人看護職員研修に関する検討会」において、検討と議論が重ねられた結果、病院等の開設者である医療機関の管理者に対し、新人看護職員に対する卒後臨床研修の実施への取り組み努力が平成 22 年 4 月より義務化されました。

■ 新人看護職員の早期離職要因となる問題の実態

法改正が行われた背景である 看護の質向上、医療安全の確保、早期離職防止、という3つの問題の実態を明らかにしたデータとして、日本看護協会による調査結果があります(2004年「新卒看護職員の早期離職等実態調査」)。

(1) 新卒時の能力と求められる能力との乖離

新卒看護職員の職場定着を困難にしている要因

	病院調査 (看護管理者)	学校調査 (教務主任等)
基礎教育終了時点の能力と看護現場で求める能力のギャップ	76.2%	80.3%
現代の若者の精神的未熟さや弱さ	72.6%	76.4%
従来に比べ看護職員に高い能力が求められるようになってきている	53.3%	47.0%

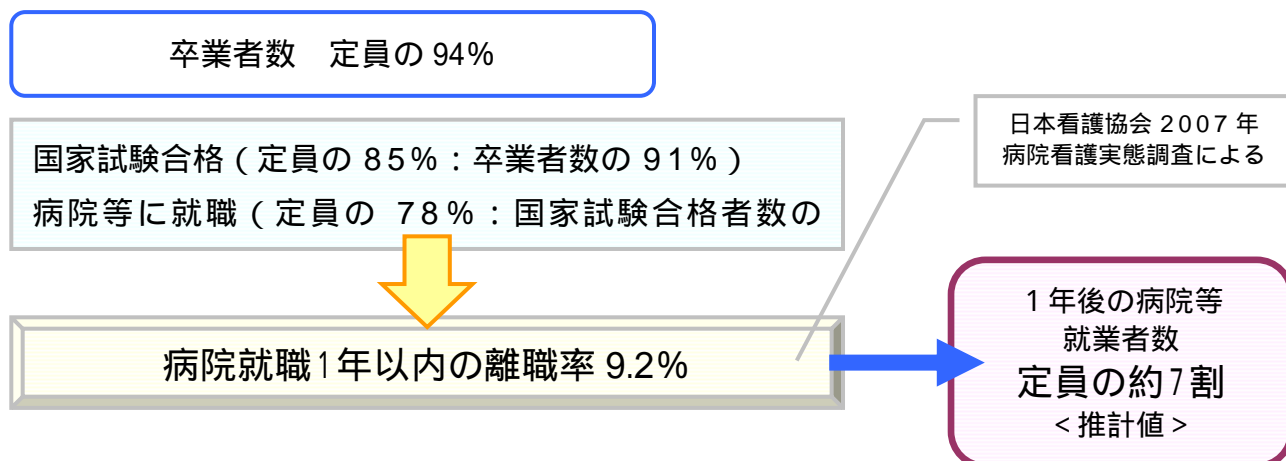
(2) 新人看護師の医療事故への不安

新卒看護師の仕事を続けていく上での悩み(上位4項目)

配置部署の専門的な知識技術が不足している
 医療事故を起こさないか不安である
 基本的な知識が身についていない
 ヒヤリハット(インシデント)レポートを提出した

(3) 新人看護師の早期離職の問題

看護師の養成と就業状況(看護師3年課程・2年課程の2006年3月卒業状況による概算)



2 ガイドラインにみる研修体制構築のポイント

■ 厚生労働省「新人看護職員研修ガイドライン」

医療機関が、新人看護職員に対する研修体制を充実させるべく努力することで、結果として医療安全の確保と新人看護職員の早期離職防止に資することが期待されることから、厚労省は国としての取り組みを推進しています。その基盤となる研修体制の整備に向けて作成されたのが「新人看護職員研修ガイドライン（以下、「ガイドライン」）」です。

厚生労働省「新人看護職員研修ガイドライン」の概要

- ・ 新人看護職員研修ガイドラインの基本的な考え方
- ・ 新人看護職員研修
- ・ 実地指導者の育成
- ・ 教育担当者の育成
- ・ 研修計画・研修体制の評価

研修内容と到達目標
研修方法
研修評価
研修手帳の活用
研修プログラムの例
技術指導の例

(1) ガイドラインの構成と活用法

ガイドラインは、各医療機関が新人看護職員研修を実施する際に必要な事項を明示しています。具体的には、ガイドラインの基本的な考え方のほか、新人看護職員研修とこの研修の効果を上げるために必要な指導者の育成に関する内容と共に、新人看護職員の到達目標として1年以内に経験し修得を目指す項目とその到達の目安を示しています。

■ 小規模の医療機関における外部組織の活用

医療機関の規模や特性、また入職する新人看護職員数によっては、新人看護職員研修を医療機関単独で完結することができない可能性があります。しかし、診療所でも研修・教育機関などの外部組織を活用したり、複数の医療機関が共同で研修を行ったりすることで、充実した新人看護職員研修の実施が可能になるはずです。

ガイドラインが示す外部組織活用の例

他医療機関の活用 診療所を含む小規模の医療機関や単科病院の場合

- 新人看護職員としての到達目標に記載された全項目を体験することが困難
- 近隣の医療機関等で行っている研修に参加するなどの工夫
- 実地指導者・教育担当者研修受講者が少数
- 一定規模の病院が共同して開催する研修に参加する

研修・教育機関の活用 新人看護職員数が少ない医療機関の場合

- 集合形式が可能な研修内容は専門職能団体等が行う研修を自院内の新人看護職員研修に組み込む

3 補助事業の活用で教育・研修体制を充実

■ 厚生労働省「新人看護職員研修事業」の概要

厚生労働省は、平成 22 年度から努力義務化された新人看護職員の臨床研修等の実施の際に、増加する医療機関や職員の負担を軽減するねらいで、16 億 8000 万円の予算を計上し、「新人看護職員研修事業」を開始しました。

この事業では、施設規模に関わらず、一定の要件を満たすと補助金を受けることが可能であるので、負担軽減のために活用すべきでしょう。

(1) 事業を活用することによるメリット

新人看護職員が就職策を選択した理由のトップに挙げられるのは、教育・研修体制の充実です（日本看護協会資料による）。したがって、本事業に取り組むことによって、研修体制の構築に力を入れていることを院内外に示す 1 つの指標として活用が可能です。

また、本事業への申請を契機として、院内全体で新人職員研修に取り組む体制づくりの着手や、指導を担当する中堅職員の負担を軽減するための人員確保への活用、さらに既に研修体制を構築している医療機関にあっては、現在の研修指導体制とプログラムを見直すきっかけとなる、等の成果が期待されています。

■ 対象となる研修の要件と補助の概要

(1) 研修実施の要件

対象となるのは、新人看護職員を迎える病院等における厚生労働省「新人看護職員研修ガイドライン」のうち、以下の項目に沿った研修です（ガイドライン該当部分を参照）。

職場適応のサポートやメンタルサポート等の体制整備	ガイドライン - 3 - 1
組織内で研修責任者、教育担当者、実地指導者の役割を担うものを明確化（ただし、兼任も可）	ガイドライン - 3 - 2
到達目標の設定と評価の実施 研修プログラムの作成と実施	ガイドライン

(2) 指導体制の概要

看護部長など看護部門の長の責任の下で、研修責任者を選任します。この責任者が医療機関と看護部門の教育理念に基づき、新人看護職員研修に関する企画・運営・実施・評価の全ての過程における責任者として指導を実践することが望ましい例として提示されています。

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。

経営データベース ①

ジャンル: 経営計画 > サブジャンル: 経営計画の基本と実践

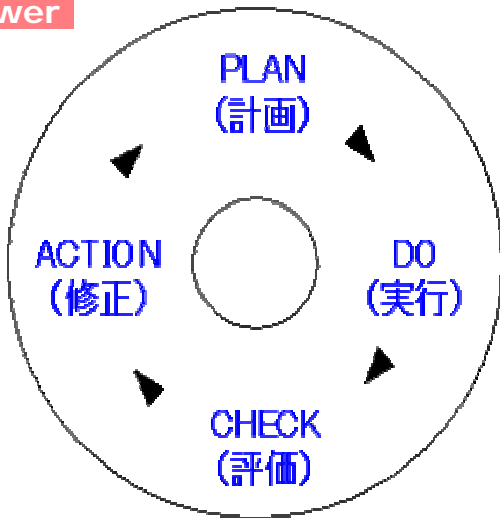


P D C Aサイクルの展開方法

経営計画を遂行するためのP D C Aサイクルの展開方法について教えてください。



目標管理のプロセスは、以下のようなサイクルが基本になっています。



- 経営計画を咀嚼(そしゃく)し、各部門で経営計画に向かって目標を立てる
- その部門計画に基づき個人目標を設定し、計画達成と能力開発を図る
- 部門またはスタッフ一人ひとりが、それに基づいて実施する
- その結果を定期的に検討し、課題の発見と解決策について検討する
- 解決策に基づいて、処置を取る

また、医療機関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必要です。したがって、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。

財務基盤を強化するためには、短期・中期経営計画の中で資金調達、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。また、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・教育も短期・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。当然その中には職員の意識改革も含まれますので、収入の確保、経費の削減といった成果の達成にも貢献することになります。

また、経営体質の基盤となる組織(病院、医療法人)については、目標管理は法人の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、というように、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によって、結果として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され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、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「短期経営計画」にリンクするようにする形が望ましいでしょう。

経営データベース ②

ジャンル: 経営計画 > サブジャンル: 経営計画の基本と実践



病院理念の必要性

病院理念とはどのようなものなのでしょうか？ また、なぜ必要なのでしょうか？



病院理念は、病院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。

存在価値・使命

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

例) 「患者様の健康増進に役立つ」、「安心、楽しい時をつくる」

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」、「安全とスピードを重んじた組織行動をとる」

行動指針

職員一人ひとりに心がけてほしいこと

病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、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、病院の風土（組織風土）となることでもあります。

そうした意味では、病院理念は病院が依って立つところを示すことはもちろん、病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。

