

2014.09.16

週刊WEB

発行
株式会社 常陽経営コンサルタンツ

医療経営マガジン

1 医療情報ヘッドライン

5大がんの年齢別初回治療方法・診断病期
胃がんは若いほど「手術のみ」の割合が低い 等
独立行政法人国立がん研究センター
病院・診療所の防火設備で法令違反 1778 件
違反件数 大阪府、福岡県、東京都目立つ

国土交通省

2 経営TOPICS

統計調査資料

最近の医療費の動向(平成 26 年 3 月号)

3 経営情報レポート

発生メカニズムを知り組織で取組む
患者トラブル対応ポイント

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

独立行政法人
国立がん研究センター

5 大がんの年齢別初回治療方法・診断病期 胃がんは若いほど「手術のみ」の割合が低い 等

独立行政法人国立がん研究センター（理事長：堀田知光、東京都中央区、略称：国がん）は、院内がん登録 2012 年集計報告を公開した。

これは全国のがん診療連携拠点病院 397 施設で 2012 年の 1 年間にがんと診断され登録された診療情報（院内がん登録）の集計結果をまとめたもので、同センターがん対策情報センターのウェブサイトで 8 月 25 日、公開した。5 大がんの年齢別初回治療方法・診断病期も初集計だった。

集計を行った診療情報は、がんの種類、進行度、治療方法、年齢、来院経路、発見経緯などで、それらを都道府県別および施設別に集計し、国や都道府県におけるがん対策と、拠点病院における自施設機能の把握と診療の方向性検討に活用される。

本集計は、2007 年分より開始して以降、今回の 2012 年分で 6 回目の集計で、集計対象期間は平成 24 年（2012 年）1 月 1 日～12 月 31 日の 1 年間で、対象患者は「自施設で診断または他の病院で診断された後、自施設に初めて受診した、すべてのがん、脳腫瘍の患者」である。

5 大がん（胃、大腸、肝臓、肺、乳房）について、年齢別の初回治療方法と診断時病期を見ると、次のような状況が明らかになった。

- 胃がんでは、年齢が若いほど「手術のみ」の割合が低く、とくにⅡ～Ⅳ期では「手術または内視鏡＋薬物療法」の割合が高い。また 90 歳以上では「治療なし」の割合が高い（50%程度）。
- 大腸がんでは、年齢が若いほど「手術または内視

鏡＋薬物療法」の割合が高い。90 歳以上でも「治療なし」の割合は 20%程度にとどまる。

- 肝臓がんでは、年齢が若いほど「手術のみ」の割合が高く、高齢者でも薬物療法を含む治療の割合が高い。ただし、Ⅳ期になると、年齢が若いほど「薬物療法のみ」「薬物療法＋その他の治療」の割合が高くなる。90 歳以上では 50%程度が「治療なし」である。
- 肺がんでは、年齢が高いほど「放射線治療のみ」の割合が高くなり、「薬物療法を含む治療」の割合が小さくなる。90 歳以上では 60%程度が「治療なし」である。
- 乳がんでは、90 歳以上でも「治療なし」の割合は 10%程度にとどまる。Ⅰ～Ⅲ期では、年齢が若いほど「手術または内視鏡＋放射線治療＋薬物療法」の割合が高くなる。
- 前立腺がんでは、「90 歳以上でも『治療なし』の割合は 10%程度にとどまる」「80 歳以上では『薬物療法のみ』の割合が高い」という特徴がある。アメリカでも同様の治療が行われていることが明らかになった。

今回調査では、397 の拠点病院すべての登録データが基準精度をクリアしており、日本全体のがん患者のおよそ 70%をカバーしていると推計される(今回の登録数 61 万 3377 例と、平成 22 年<最新>のがん罹患数から推計)。

「国がん」はさらに詳細な資料データも提示している。たとえば拠点病院ごとに、部位別、年齢階級別、症例区分別、部位・病期・治療方法別（胃がん、大腸がん、肝臓がん、肺がん、乳がん）などの患者数を提示しており、さらに都道府県推薦病院（拠点病院ではないが、都道府県のがん診療の中核的病院と位置づけている病院）の状況も詳らかにしている（都道府県別、施設別）。

病院・診療所の防火設備で法令違反 1778 件 違反件数 大阪府、福岡県、東京都目立つ

国土交通省は 8 月 29 日、「病院及び診療所の防火設備に係るフォローアップ調査の状況」について公表した。この調査は、昨年（平成 25 年）10 月に福岡県福岡市の有床診療所で発生した火災により、10 人が死亡した事故を受けたもので、今回は平成 26 年 3 月 31 日現在の状況を取りまとめた。調査対象は、建築基準法に規定する（患者の収容施設がある）病院および診療所のうち、「地階または 3 階以上を使用している」あるいは「延べ床面積 300 平米以上」に該当する 1 万 6186 件である。

調査結果によると、管理を含む「防火設備の状況」について、建築基準法令に関する違反を把握したのは 1778 件（調査対象の 11.0%）と、前回（平成 26 年 1 月 15 日現在）の調査時から 54 件増加している。このうち、是正指導を行ったものは 1748 件、さらにそのうち是正済みは 726 件だった。1 万 6186 件のうち、防火設備で建築基準法令に違反した件数は全体の 1 割超を占めた。

主な違反の内容としては、「防火設備の閉鎖または作動の状況」が 963 件（把握された違反の 54.2%）と過半数を占め、次いで「区画に対応した防火設備の設置の状況」が 425 件（同 23.9%）、以下「常時閉鎖の防火戸の固定の状況」418 件（同 23.5%）「閉鎖または

作動の障害となる物品の放置の状況」369 件（同 20.8%）「本体と枠の劣化および損傷の状況（隙間の存在など）」237 件（13.3%）が多く、物件によっては複数の違反があった。また、都道府県別の違反件数では、「大阪府」の 174 件、「福岡県」の 160 件、「東京都」の 157 件などが目立っている。

1. 調査対象

建築基準法別表第一に規定する病院及び診療所（患者の収容施設があるものに限る。以下同じ。）で、次のいずれかに該当するもの。

- 地階又は 3 階以上の階を病院又は診療所の用途に供するもの
- 病院又は診療所の用途に供する部分の床面積の合計が 300 m²以上のもの（平屋建てのものを除く。）

2. 調査事項

- ①無届による増改築等の有無及び無届による増改築等があった場合の当該部分の建築基準法令への適合状況
- ②防火設備の状況（管理の状況含む。）

3. 調査状況の概要

4. その他

建築基準法令に違反する事項が認められた物件については、迅速な違反是正に取り組むよう特定行政庁に要請している。

最近の医療費の動向

平成26年3月号

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	本人		国民健康 保険	(再掲) 未就学者	75歳以上	
				本人	家族				
平成21年度	35.3	21.5	10.5	5.3	4.7	11.0	1.3	12.0	1.7
平成22年度	36.6	22.1	10.8	5.4	4.9	11.3	1.5	12.7	1.8
平成23年度	37.8	22.6	11.0	5.5	5.0	11.5	1.5	13.3	1.9
平成24年度	38.4	22.8	11.1	5.6	5.0	11.6	1.5	13.7	2.0
4～9月	18.9	11.2	5.4	2.8	2.4	5.8	0.7	6.7	1.0
10～3月	19.5	11.6	5.7	2.9	2.6	5.9	0.8	6.9	1.0
平成25年度4～3月	39.3	23.1	11.3	5.8	5.0	11.8	1.4	14.2	2.0
4～9月	19.5	11.4	5.6	2.8	2.4	5.9	0.7	7.0	1.0
10～3月	19.8	11.7	5.8	2.9	2.5	5.9	0.8	7.1	1.0
3月	3.4	2.1	1.0	0.5	0.5	1.0	0.1	1.2	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

(単位：兆円)

	総計	診療費	医科		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
			入院	入院外							
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
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
4～9月	18.9	15.3	7.3	6.6	1.3	3.2	0.4	0.05	7.7	9.8	1.3
10～3月	19.5	15.6	7.5	6.8	1.3	3.4	0.4	0.05	7.9	10.2	1.3
平成 25 年度 4～3月	39.3	31.3	15.0	13.6	2.7	7.0	0.8	0.12	15.8	20.6	2.7
4～9月	19.5	15.6	7.5	6.8	1.4	3.4	0.4	0.06	7.9	10.2	1.4
10～3月	19.8	15.7	7.5	6.8	1.4	3.6	0.4	0.06	7.9	10.5	1.4
3月	3.4	2.7	1.3	1.2	0.2	0.6	0.1	0.01	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

●医療費総額の伸び率(対前年同期比)

(単位：%)

	総計	医療機関種類別									
		医科計							歯科計	保険 薬局	訪問 看護 ステー ション
		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	医科計							
平成 21 年度	3.5	3.0	3.4	5.6	3.3	3.4	▲ 4.2	1.9	▲ 0.7	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
平成 24 年度	1.7	1.8	2.4	4.1	2.6	2.0	▲ 5.9	0.3	1.4	1.3	19.0
4～9月	1.7	1.8	2.4	4.3	2.8	2.0	▲ 6.4	0.1	1.9	0.9	17.8
10～3月	1.7	1.8	2.3	3.9	2.4	2.0	▲ 5.3	0.5	0.8	1.6	20.1
平成 25 年度 4～3月	2.2	1.4	1.7	3.5	0.7	2.2	▲ 6.4	0.7	0.8	5.9	14.3
4～9月	2.9	2.1	2.3	3.7	1.4	2.9	▲ 5.3	1.6	1.2	7.0	15.3
10～3月	1.5	0.8	1.1	3.3	0.1	1.6	▲ 7.5	▲ 0.1	0.5	5.0	13.3
3月	1.9	1.3	1.5	3.1	0.6	1.9	▲ 7.1	0.9	0.9	4.4	14.0

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 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
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
4～9月	0.1	▲ 0.3	▲ 4.0	▲ 3.2	2.1	0.2	1.3	3.1	▲ 0.1	1.1
10～3月	0.5	0.2	▲ 4.9	▲ 2.8	1.6	▲ 0.0	0.8	4.6	4.2	0.6
平成 25 年度 4～3月	0.7	1.0	▲ 1.3	▲ 2.2	1.8	0.8	▲ 0.7	2.5	▲ 2.3	1.2
4～9月	1.6	1.9	▲ 0.6	▲ 1.4	2.4	1.3	0.1	2.7	0.7	1.7
10～3月	▲ 0.1	0.1	▲ 1.9	▲ 3.1	1.2	0.2	▲ 1.6	2.4	▲ 4.8	0.6
3月	0.9	2.1	4.3	▲ 1.9	1.3	▲ 0.9	▲ 1.7	1.5	▲ 8.3	1.4

(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	歯科病院
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
平成 24 年度	3.1	5.0	3.5	2.3	2.8	▲ 1.0
4～9月	3.2	5.6	3.9	2.3	2.2	▲ 0.5
10～3月	2.9	4.4	3.1	2.3	3.5	▲ 1.4
平成 25 年度 4～3月	1.6	1.0	1.1	1.8	2.2	▲ 4.0
4～9月	2.0	1.5	1.6	2.2	3.2	▲ 3.5
10～3月	1.2	0.5	0.7	1.3	1.2	▲ 4.6
3月	1.5	0.1	1.4	1.6	▲ 0.2	▲ 3.8

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。

発生メカニズムを知り組織で取組む 患者トラブル対応ポイント

ポイント

- 1 多様化・深刻化する院内暴力
- 2 患者満足度とクレーム発生の関係
- 3 求められる組織的対応



■参考文献

『患者トラブルを解決する「技術」』（日経BP社）尾内 康彦 著

1 多様化・深刻化する院内暴力

■ 院内暴力の発生状況

(1)トラブルを引き起こす要因

患者からの暴言や暴力が起こる背景にはさまざまな要因があります。もともと悪意のない患者であっても、職員の対応への不満や待ち時間のストレスなどからいわゆる「怒り」という感情を引き起こし、暴言を吐くことがあります。また、患者が急に亡くなったことで家族・関係者が動揺した結果や、精神性疾患による症状としての暴力など、医療機関側としても、ある程度は理解を示さなければならないケースもあります。

しかし、不当な嫌がらせや暴力、ストーカーやセクハラ行為は犯罪であり、毅然とした対応が医療機関には求められます。そのためには、発生のメカニズムや引き金（トリガー）となる要因をよく知ることがポイントです。

◆トラブル発生に関する一般論

①緊張論

特定の社会構造における圧力などの緊張状態に、より多くさらされた者がフラストレーションに陥り、その心理的緊張の解消の手段として暴力行為に及ぶ。

②統制論

人々が暴力を振るわないのは、一定の社会的絆によって拘束されているからである。拘束する社会的絆が弱い人は暴力にコミットしたり反復したりする。

③文化的逸脱論

暴力に好意的なサブカルチャーがあり、それによって暴力に価値を認めることを学習した者が「価値の追求」として暴力を振るう。

④レイベリング論

共同体の内部で他者が、ある特定の人々に「乱暴者」「ならず者」といった烙印を貼りつけ、周囲の人がそのように扱っているうちに、烙印を貼られた当人がそのラベルにふさわしい「乱暴者」「ならず者」の役割を演じるようになる。

◆発生のトリガーポイント

- 不快な環境（気温、湿度、照明、騒音、臭気、衛生状態、混雑など）
- アルコール摂取
- 薬物の使用
- 自由にならない集団生活（飲酒、喫煙等の制限・不自由）
- 有効な活動の不足（退屈したり、体力が余った状態）
- 意に添わない処置（吸引等の苦痛を伴うもの、オムツ交換等の羞恥を伴うものなど）
- 診療計画やケアプラン、処方の変更
- 担当者の変更
- 担当者によってかわる処置や説明
- 悪い知らせ（検査結果、予後の説明、依頼の拒否など）
- 職員の態度・待遇（感情的な対応、長い待ち時間で声かけがないなど）

ここで重要なのは、必ずしも患者側に問題があるケースばかりではなく、医療従事者側の問題が引き金になるケースもあるということを認識することです。

(2)トラブル発生状況

東京都内の私大病院でつくる「私大病院医療安全推進連絡会議」が実施した調査によると、都内の私大病院の職員の4割が、患者やその家族から暴言や暴力、セクハラを受けるといった経験があり、それによると男性患者からの被害が多かったとの報告がなされています。

調査は、2011年12月、11病院の全職員2万9065人を対象に行われ、院内暴力を「暴言」「身体的暴力」「セクハラ」に3分類しましたが、その結果、全職員の44.3%（約1万人）が、過去1年以内に何らかの院内暴力を受けていました。また、暴言は職員全体の41.5%、暴力は14.8%、セクハラは14.1%が経験していました。

暴言の被害は「医師」「看護師、准看護師、保健師、助産師」「事務員」が多く、それぞれ4割以上が経験しており、一方暴力・セクハラの被害は「看護師、准看護師、保健師、助産師」が多く、どちらも2割以上が経験していました。

■ 報道で見る院内暴力の実態

院内暴力は増加傾向とともに、過激化しているのが実情です。最近では器物損壊や傷害致傷に留まらず、病院職員や患者が死亡するといった事例も報告されています。

医療機関において患者が引き起こした事例を紹介します。

◆「待ち時間長い」と立腹 病院放火未遂で逮捕

逮捕容疑は、「待ち時間が長く腹が立った。診断結果も気に入らなかった」と、横須賀市の横須賀共済病院の地下2階機械室にシンナーをまき、ライターで火をつけて、床などを焦がした疑い。火災報知機が作動し、直後に消し止められ、けが人はいなかった。

◆患者刃物で病院職員刺傷

東京都新宿区のクリニックで、通院患者の男がカッターナイフを振り回し、臨床工学技士の女性ら3人が重軽傷を負う事件が起きた。男は人工透析中に突然、暴れ出したという。

◆医療機関で発生した過去の事件

2004年12月	東京都墨田区の病院で患者が同室の患者と看護助手計3人を殺傷
2005年11月	大阪市の病院で患者が職員3人を刺す
2006年3月	島根県江津市の病院で入院患者が絞殺される
2007年11月	佐賀県武雄市の病院で患者が撃たれ死亡

2 患者満足度とクレーム発生の関係

■ 患者クレーム発生のプロセス

患者満足度の低下に反比例して増加していると思われる、いわゆるモンスターペイシエントに代表されるクレーマーについては、大きく以下の3つに分類されます。

① モンスターペイシエント

医療機関の職員等に理不尽な要求やクレームを行い、暴言や威圧・威嚇、さらに暴力を繰り返すモラルに欠けた患者及びその家族。

② ハードクレーマー

クレーム内容に主観的・非合理的でかつ、長期に渡りクレームを言い続けるケースが多く、日常的な診療においてマニュアルでは対応困難なクレーマー。モンスターペイシエント予備軍となる。

③ クレームを言う普通の患者

一般的なクレーマーで、概ねマニュアルで対応が可能なレベルのクレーマー。これに対してクレームを申し出ない「物言わぬクレーマー」としてサイレントクレーマーがある。

(2) 患者トラブル増加の背景

患者トラブルの増加の背景には、『社会情勢』、『患者を取り巻く外部環境』、『医療従事者の意識』、『患者の地域医療に対する意識』という4つの要因が考えられます。それぞれの変化が患者トラブルの増加をもたらしたのではないかと分析できます。

① 社会情勢の変化

- 90年代に年金・医療などのセーフティネットが崩壊し始める
- 自己責任の名の元に個人の安心が放置

「健康も命もお金次第」 ⇒ わが身を守るためには強く要求した方が得策という意識

② 患者を取り巻く外部環境の変化

- 医療費抑制策により、患者の自己負担増、規制緩和の促進
- 負担増に伴う医療機関に対する要求増加

「治療効果が出ない」 ⇒ お金は払いたくない

③ 医療従事者の意識の変化

- 患者満足度を上げる取組みにより、「患者様」として迎えるように教育
- 接遇研修に力を入れている医療機関ほど問題患者のターゲット

問題患者が発生しやすい状況 ⇒ 医療機関が作り出している

④ 患者の地域医療に対する意識の欠如

- 地域医療の急激な荒廃
- 荒廃している状況を患者は認識不足

医療サービス ⇒ 地域の限られた資源・公共財産という意識がない

3 求められる組織的対応

■ 施設基準に見る患者対話体制整備の必要性

(1) 患者サポート体制充実加算の新設

患者サポート体制充実加算は、医療従事者と患者との対話を促進することを目的として、平成24年の診療報酬改定時に新設された項目であり、入院基本料の加算として有床診療所でも算定できる項目です。

◆ 施設基準

- 相談窓口の設置
- 専任の窓口対応者（医師、看護師、薬剤師、社会福祉士等常時1名、研修修了者）
- カンファレンスの実施（週1回程度）
- 対応マニュアルの整備
- 相談内容の記録
- 実施内容等の掲示

(2) 運用事例

本体制構築にあたっては、相談体制の確立と院内の情報の共有がポイントです。患者暴力の芽を未然に摘み取るとともに、日常的なクレームに耳を傾け、収集、分析を経て、広く職員に情報発信していくことがその役割になります。

◆ 「患者サポート体制」相談窓口運用マニュアル(例)

(設置場所)

1. ○○病院医療福祉相談室に、患者支援体制の相談窓口（以下「相談窓口」とする）を設置する。
2. 病院内に相談窓口の常設及び活動に関する表示をおこない、入院案内の冊子に相談窓口の案内を載せ、患者・家族が利用しやすいように努める。

(活動方針)

1. 相談担当者は、患者や家族から疾病に関連する生活上の様々な相談に、専門技術を用いて支援する。
2. 相談担当者は、相談内容に応じて他部門と連携協働して支援する。

(報告体制)

1. 相談の実績は、日報・月報・年報を作成し、病院長に報告する。
2. 相談内容が苦情・意見の場合は「苦情・意見相談記録」を各部門の担当者に回覧し、病院長に報告する。緊急の対応を要する場合は、相談窓口責任者を通して、即時病院長に報告する。

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ることから、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み合わせです。

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。

