

週刊WEB

医療経営

MAGA
ZINE

Vol.610 2020.2.11

医療情報ヘッドライン

「診療情報提供料」を見直す方針
双方向を評価する加算を新設

▶厚生労働省 中央社会保険医療協議会総会

重症度、医療・看護必要度基準見直し
A項目1点・B項目3点以上を変更

▶厚生労働省 中央社会保険医療協議会総会

週刊 医療情報

2020年2月7日号

2020年度診療報酬改定

「個別改定項目について」報告

経営 TOPICS

統計調査資料

介護保険事業状況報告（暫定）

（令和元年8月）

経営情報レポート

トラブルを未然に防止する
ハラスメントへの適切な対応法

経営データベース

ジャンル：業績管理 > サブジャンル：業績管理と予算管理
会計及び決算データのチェックポイント
予算制度の活用方法

発行：税理士法人 常陽経営

本誌掲載記事の無断転載を禁じます。

「診療情報提供料」を見直す方針 双方向を評価する加算を新設

厚生労働省 中央社会保険医療協議会総会

厚生労働省は、12月20日の中央社会保険医療協議会総会で、「診療情報提供料」を見直す方針を示した。「診療情報提供料」（Ⅰ：250点、Ⅱ：500点）は、他の保険医療機関へ患者を紹介する際に算定可能だが、紹介先の医療機関からの情報提供を評価する仕組みがなかったため、双方向の情報提供を評価する加算を新設する。厚労省は妊娠糖尿病や訪問診療の褥瘡ケアなどで活用するイメージを提示しており、医療機能の分化・連携の推進につながると期待される。

■「診療情報提供料」の現行ルールでは、紹介先からの情報提供を評価する仕組みがない

「診療情報提供料」は、例えば糖尿病の患者が糖尿病網膜症の治療を受けるとき、眼科医療機関へ紹介する際に算定することが可能になる。現行ルールでは紹介先からの情報提供を評価する仕組みがないが、実際には糖尿病網膜症に関する指導内容や、今後の治療方針について情報提供がなされている。

糖尿病の医学管理を主として担うのがかかりつけ医であり、地域包括ケアシステムの構築を目指している以上、当然の措置ではあるが、紹介先にとってはいわば「ただ働き」となってしまうのが問題として挙げられる。

■「診療情報連携共有料」を医科内の連携にも適用する形になると思われる

歯科との連携においては、この「双方向の情報

提供」を評価する仕組みが既に整えられている。2018年度の診療報酬改定で新設された「診療情報連携共有料」が該当し、患者の同意を得たうえで、当該患者に関する検査結果や投薬内容などの診療情報を提供した場合、3月に1回という限定条件はあるものの、120点を算定できる。

対象患者は「慢性疾患を有する患者又は歯科治療を行う上で特に全身的な管理の必要性を認め検査値や診療情報を確認する必要がある患者」であり、糖尿病などの生活習慣病が歯周病を引き起こしやすいことを踏まえてのものだった。今回の厚労省案は、この「診療情報連携共有料」を医科内の連携にも適用する形になるものと思われ、点数や算定条件も同様になると想定される。

■生活習慣病だけではなく、「褥瘡」やがん治療、妊娠糖尿病などとの連携をイメージ

この情報共有の仕組みは、糖尿病などの生活習慣病のみに活用されるわけではない。厚労省が示した連携イメージの中には、訪問診療を受けている患者の「褥瘡」について皮膚科と連携することや、がん治療での専門医療機関との連携、妊娠糖尿病への糖尿病専門医療機関との連携などが挙げられている。

とりわけ妊娠糖尿病に関しては、「妊婦加算」の廃止によって、妊婦への配慮を評価する仕組みがなくなったことを踏まえ、代替的な評価として示したと思われる。

重症度、医療・看護必要度基準見直し A項目1点・B項目3点以上を変更

厚生労働省 中央社会保険医療協議会総会

厚生労働省は、12月20日の中央社会保険医療協議会総会で、一般病棟の「重症度、医療・看護必要度」を見直す方針を示した。

2018年度の診療報酬改定で新たに「重症度、医療・看護必要度」の基準となった『診療・療養上の指示が通じない』または『危険行動がある』患者で、A項目1点以上、B項目3点以上（以下、「A1点以上、B3点以上」）を「A項目2点以上」に変更する。

「A1点以上、B3点以上」は高齢者や要介護度の高い患者が多いことから、急性期病棟の指標としての妥当性を問う声が上がっていた。

■「A1点以上、B3点以上」は、認知症やせん妄がある患者の受け入れに配慮して新設

そもそも「A1点以上、B3点以上」は、認知症やせん妄がある患者の受け入れに配慮して新設された基準で、実際、急性期病棟よりも療養病棟での該当割合が高く、10月に開催された入院医療分科会の会合でも、厚労省はそのことを裏付けるデータを示していた。

ただし、急性期病棟でも高齢者の入院患者は増加しており、高齢化率が上昇するとの予測を踏まえれば、今後もその傾向が続くことは確定的であるため、厚労省は、「重症度、医療・看護必要度」ではなく認知症ケア加算の要件緩和や、せん妄予防の取り組みに対する評価を設けることでカバーしたい意向だ。

一般病棟の重症患者数が減っても経営への影響はないように配慮しているように見える

も、高齢者の入院患者数が多い急性期病棟を持つ医療機関の場合は、一般病棟入院基本料の届出変更を行わなければならない可能性がある。

それは、2018年度の診療報酬改定で、急性期一般入院基本料は7段階に分けられており、各区分を分ける基準として最も重要なのが「重症度、医療・看護必要度」に該当する患者割合となっていることによる。

■今後の急性期医療を変える可能性がある

だけに、どんな形で到着するか注視が必要

旧7対1と同等である急性期一般入院料1は「重症度、医療・看護必要度Ⅰ」の該当患者割合が30%以上、「重症度、医療・看護必要度Ⅱ」は25%以上と設定されているが、入院料4は前者が27%以上、後者が22%以上（入院料2、3は入院料1の届出実績が必要）となっており、わずか3%の違いで入院料1の届出ができなくなる。

入院料1は1日1,591点、入院料4は1日1,387点とその差は204点もあり、1日150点の認知症ケア加算ではカバーしきれない可能性が高い。旧7対1である入院料1から、下位区分へと移行させたい厚労省の思惑がにじむ提案であり、そのことを十分に理解している診療側委員は反発している。

細かい見直しでありながら、今後の急性期医療のあり方を変える可能性があるだけに、どのような形で到着するのか注視していく必要があるだろう。

医療情報①
 中医協
 総会

2020年度診療報酬改定 「個別改定項目について」報告

中央社会保険医療協議会（中医協、会長＝田辺国昭・東京大学大学院法学政治学研究科教授）は1月31日に総会を開き、厚生労働省が2020年度診療報酬改定の「個別改定項目について」（短冊）のうち「Ⅱ 患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現」「Ⅳ 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上」について報告した。

かかりつけ医機能の評価では、以下などが記載された。

- ▼地域包括診療加算の施設基準における時間外対応の要件について、時間外対応加算3の届け出でもよいこととする
- ▼小児かかりつけ診療料の算定対象となる患者を3歳未満から6歳未満に拡大する
- ▼「服用薬剤調整支援料」について、6種類以上の内服薬が処方されている患者からの求めに基づき、患者が服用中の薬剤について重複投薬等の状況を含めた一元的把握を行い、処方医に重複投薬の解消に係る提案を行った場合の評価を新設する

また、重症化予防の取り組みの推進では、以下などが盛り込まれた。

- ▼生活習慣病管理料について、糖尿病患者に対して眼科受診勧奨に関する要件を追加する
- ▼腎移植の推進に寄与する取り組みや実績をより評価する観点から、人工腎臓の導入期加算について、算定実績の要件を見直す

■後発医薬品使用体制加算4を廃止

後発医薬品やバイオ後続品の使用促進では、以下などが記載された。

- ▼後発医薬品調剤体制加算について、調剤数量割合の高い加算に重点を置いた評価とする
- ▼後発医薬品使用体制加算について、加算4（60%以上）を廃止するとともに、使用数量割合の高い医療機関に対する評価を充実させる

また、医師・院内薬剤師と薬局薬剤師の協働の取り組みによる医薬品の適正使用の推進では、以下などが示された。

- ▼薬剤総合評価調整加算について見直し、「処方の総合的な評価および調整の取り組み」と「減薬に至った場合」に分けた段階的な報酬体系とする
- ▼医療機関における外来患者に対する調剤料、処方箋料の一般名処方加算および調剤技術基本料を見直す

機能強化加算、 院内掲示の文書化を巡り議論

1月31日の中医協総会での短冊についての議論では、機能強化加算の施設基準に意見が集中した。機能強化加算の施設基準には、院内に掲示する事項として以下が追加された。

- ▼必要に応じて専門医、専門医療機関に紹介すること
- ▼医療機能情報提供制度を利用して、かかりつけ医機能を有する医療機関が検索できること

また、院内に掲示する事項と同様の内容について以下の2項目が追加された。

- ▼当該掲示内容を書面にしたものを、患者が持ち帰れる形で、医療機関内の見やすいところに置いておくこと
- ▼当該掲示内容について、患者の求めがあった場合には、当該掲示内容を書面にしたものを交付すること

これに対して幸野庄司委員（健康保険組合連合会理事）は、「かかりつけ医機能を普及させるために、かかりつけ医機能の患者への事前説明は譲れないが、医療機関に過度な負担をかけることは意図していない」との考えを示した。

そのうえで「この案を着地点とするならば、支払側の意見として、最低限付け加えてほしいことがある」と述べ、以下の2点を要望した。

- ①各都道府県のホームページに、かかりつけ医機能を有する医療機関の検索機能が未整備であるため、住民が分かるように整備する
- ②実効性のある文書にするなら、院内掲示そのままの事務連絡のような文書ではなく、患者が判断できるように医療機関が自らの言葉で「在宅や小児など、こんなかかりつけ医機能を持っている」と特徴を説明した文書を作成する

さらに、それぞれの要望に関連して、事務局に「医療情報の提供内容等あり方に関する検討会から、今年度中に資料様式をとりまとめて2022年に全国統一のシステムにすると聞いている。検索を要件にするなら、来年4月までにどんな状態に整備するのか」「医療機関が自らの言葉で文書を作成することで着地点にしたいが、事務局の考えはどうか」と尋ねた。

幸野委員の質問に対して厚生労働省は、「今年度中に各都道府県のホームページでかかりつけ医機能を検索できるように、医政局を通じて申し入れをしていきたい」「必ず自院で作成することは求めないが、分かりやすい表現にすることを考えている」と答えた。

松本吉郎委員（日本医師会常任理事）は「合意形成しなければならないので事務局案に賛成する。幸野さんの思いを『健保連ニュース』などで熱く語ってほしい」と述べた。（以下、続く）

介護保険事業状況報告(暫定) (令和元年 8 月)

厚生労働省 2019年10月25日公表

概 要

1 第1号被保険者数 (8月末現在)

第1号被保険者数は、3,537万人となっている。

2 要介護(要支援)認定者数 (8月末現在)

要介護(要支援)認定者数は、665.7万人で、うち男性が209.9万人、女性が455.8万人となっている。

第1号被保険者に対する65歳以上の認定者数の割合は、約18.5%となっている。

(保険者が、国民健康保険団体連合会に提出する受給者台帳を基にしたもの)

3 居宅(介護予防)サービス受給者数(現物給付6月サービス分、償還給付7月支出決定分)

居宅(介護予防)サービス受給者数は、382.1万人となっている。

(居宅(介護予防)サービスのサービス別受給者数とサービス別利用回(日)数は、国民健康保険団体連合会から提出されるデータを基に算出)

4 地域密着型(介護予防)サービス受給者数(現物給付6月サービス分、償還給付7月支出決定分)

地域密着型(介護予防)サービス受給者数は、88.0万人となっている。

(地域密着型(介護予防)サービスのサービス別受給者数とサービスの利用回数は、国民健康保険団体連合会から提出されるデータを基に算出)

5 施設サービス受給者数(現物給付6月サービス分、償還給付7月支出決定分)

施設サービス受給者数は94.7万人で、うち「介護老人福祉施設」が54.8万人、「介護老人保健施設」が35.3万人、「介護療養型医療施設」が3.4万人、「介護医療院」が1.4万人となっている。

(同一月に2施設以上でサービスを受けた場合、施設ごとにそれぞれ受給者数を1人と計上するが、合計には1人と計上しているため、4施設の合算と合計が一致しない)

6 保険給付決定状況(現物給付6月サービス分、償還給付7月支出決定分)

高額介護(介護予防)サービス費、高額医療合算介護(介護予防)サービス費、特定入所者介護(介護予防)サービス費を含む保険給付費の総額は、8,145億円となっている。

(1) 再掲：保険給付費（居宅、地域密着型、施設）

居宅(介護予防)サービス分は3,820億円、地域密着型(介護予防)サービス分は1,306億円、施設サービス分は2,496億円となっている。

(特定入所者介護(介護予防)サービス費は、国民健康保険団体連合会から提出される現物給付分のデータと保険者から提出される償還給付分のデータを合算して算出)

(2) 再掲：高額介護(介護予防)サービス費、高額医療合算介護(介護予防)サービス費

高額介護(介護予防)サービス費は203億円、高額医療合算介護(介護予防)サービス費は57億円となっている。

(3) 再掲：特定入所者介護(介護予防)サービス費

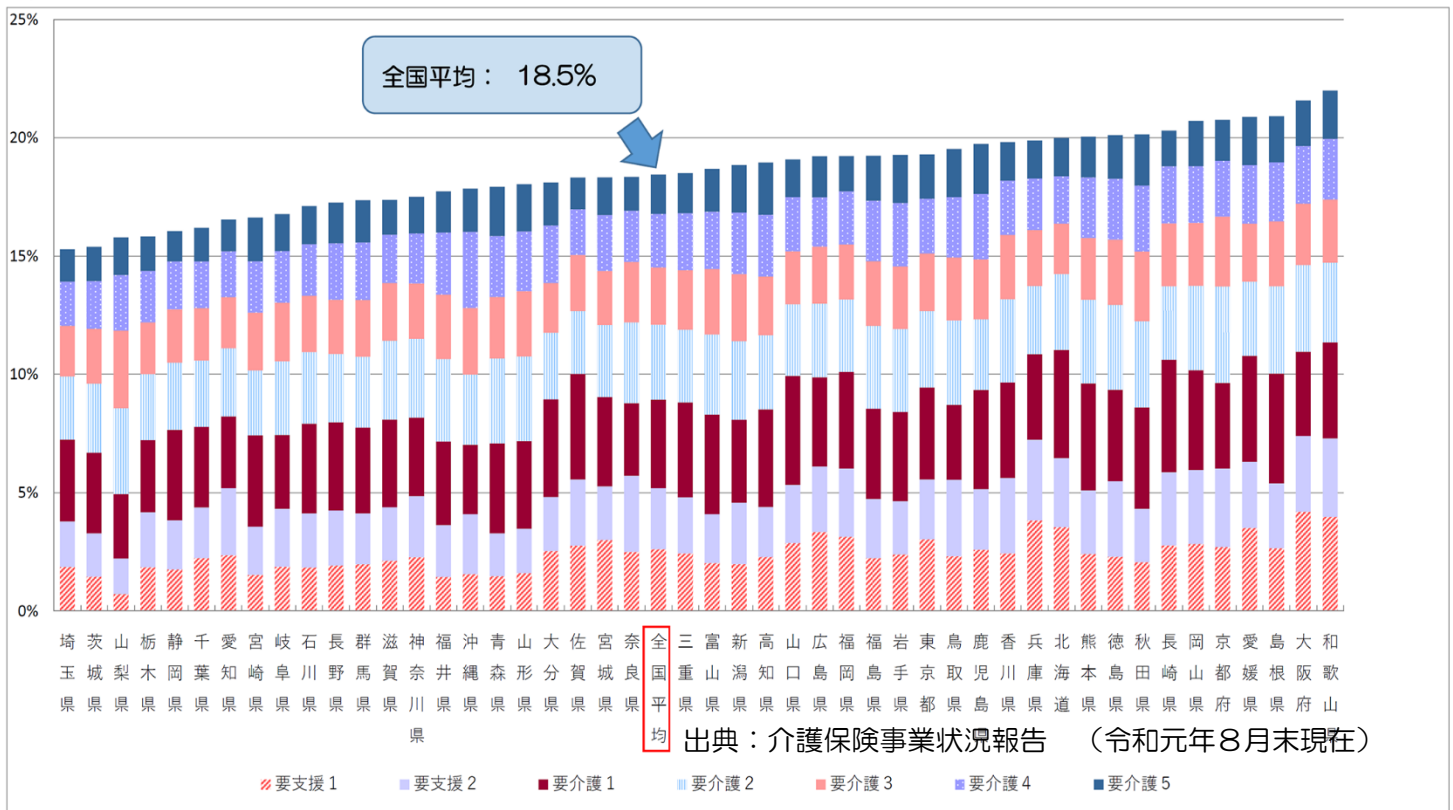
特定入所者介護(介護予防)サービス費の給付費総額は264億円、うち食費分は167億円、居住費(滞在費)分は97億円となっている。

(特定入所者介護(介護予防)サービス費は、国民健康保険団体連合会から提出される現物給付分のデータと保険者から提出される償還給付分のデータを合算して算出)

第1号被保険者一人あたり要介護(要支援)認定者割合(要支援1~要介護5)

【都道府県別】

(単位：%)



※ 第1号被保険者に対する65歳以上の認定者数の割合である



経営情報
レポート
要約版



歯 科

トラブルを未然に防止する ハラスメントへの 適切な対応法

1. ハラスメントの概要と経営に与える影響
2. パワハラ・セクハラを理解と防止対策
3. 患者から受けるハラスメント対策
4. 院長が講じるべき具体的防止策



1

医業経営情報レポート

ハラスメントの概要と経営に与える影響

近年、様々なハラスメントが話題になっています。ハラスメントとは、他者に対する発言・行動等が本人の意図には関係なく、相手を不快にさせたり、尊厳を傷つける、不利益を与える、脅威を与えたりすることを意味します。歯科医院には、院長はじめ直接の上司や同僚以外に、歯科技工士などの他職種、金融機関等外部の第三者、患者やその家族と多くの接点があります。よって、多岐にわたるハラスメントが発生する可能性があります。

本稿では、ハラスメントの概要とその対応策について解説します。

■ ハラスメントとは

(1) ハラスメントの定義と概要

1990年代にはセクシャルハラスメントに対する関心が高まり、1997年に男女雇用機会均等法の改正により「セクシャルハラスメント防止規程」が設けられ、言葉の定義が確立されました。現在では、セクシャルハラスメント以外にも、多くのハラスメントが指摘されています。

■ ハラスメントの定義

● 様々な場面での「嫌がらせや相手を不快にさせる言動や行動」

他人に対する発言・行動等が当人の意図とは関係なく、相手を不快にさせたり、尊厳を傷付けたり、不利益を与えたり、脅威を与えること

■ ハラスメントの種類と概要

セクシャルハラスメント	当人の意図とは関係なく、相手が不快に思い、相手が自身の尊厳を傷つけられたと感じるような性的発言・行動
パワーハラスメント	同じ職場で働く者に対して、職務上の地位や人間関係などの職場内の優位性を背景に、業務の適正な範囲を超えて、精神的・身体的苦痛を与える、または職場環境を悪化させる発言・行動
モラルハラスメント	言葉や態度、身振りや文書などによって、働く人間の人格や尊厳を傷つけたり、肉体的、精神的に傷を負わせて職場を辞めざるを得ない状況に追い込んだり、職場の雰囲気悪くさせる発言・行動
ドクターハラスメント	医師や歯科医師、看護師、歯科衛生士をはじめとする医療従事者の患者や患者家族に対する心ない発言・行動
アカデミックハラスメント	研究教育の場における権力を利用した嫌がらせ 嫌がらせを意図した場合はもちろん、上位にある者が意図せずに行った発言・行動も含まれる
マリッジハラスメント	未婚者に対して執拗に「結婚しないの？」などと聞いたり、「そんなことだから結婚できないんだ」など結婚に関する圧力をかけたり嫌がらせをすること
ジェンダーハラスメント	性に関する固定観念や差別意識に基づく嫌がらせ 女性または男性という理由のみで性格や能力の評価や決め付けを行うこと
他 30 種類以上	例：マタニティハラスメント 等

(出典：学校法人大阪医科大学 HP セクシャルハラスメント等防止委員会)

2

医業経営情報レポート

パワハラ・セクハラの実態と防止対策

■ パワハラとセクハラの違い

パワーハラスメント（以下、パワハラ）とは、業務の適正な範囲を超えて精神的・身体的苦痛を与えたり、職場環境を悪化させたりする行為をいいます。セクシャルハラスメント（以下、セクハラ）とは、被害者側の視点による絶対的な規制といわれています。セクハラは受けた相手に「不快な思い」をさせるものであり、形式的・機械的に規制されるものです。

■ パワハラとセクハラの違い

- **パワハラは、相対的、実質的・比例的に規制**
 - ・「業務の適正な範囲を超えて」という限定が入っていること
- **セクハラを受けた当事者が、不快に思えばセクハラ**
 - ・被害を受けた方が大きな苦痛を受けたことを尊重し、被害者を守るべきという絶対的な規制

■ 医療機関におけるパワハラ

医療機関においては、パワハラとみなされることを恐れて上司が部下を注意できない場合、何度も部下が同様のミスを起こす可能性があり、結果として患者に様々な負担を強いることになりかねません。また、日常業務は診療行為に直結していることから、そのミスが命に関わるということも考えられます。

■ 必要な指示や注意・指導が抑止されない考え方

- **パワハラと「叱る」の境界を明確に線引きする**
 - ・相対的にかつ実質的・比例的に具体的に想定できる別な代替方法を見出す

■ パワハラの典型例（精神的な攻撃：脅迫、名誉棄損、侮辱、ひどい暴言の典型例）

- **同僚の目の前で叱責される**
- **必要以上に長時間にわたり、繰り返し執拗に叱る**
 - ・「お前とは仕事をしたくない」
 - ・「役に立たない」
 - ・「仕事しなくてもいいから帰れ」

■ パワハラ防止対策

パワハラをどう防ぐかは、その認識をスタッフ全員で共有することが重要です。

院長は、パワハラは自院にとってマイナスであり、絶対に防止するという姿勢を全スタッフに示す必要があります。加害者が自身の言動をパワハラだと認識していない事例が多くみられますが、これは啓発活動を行うことによって防ぐことが可能です。

3

医業経営情報レポート

患者から受けるハラスメント対策

■ 患者からスタッフに対するハラスメント

歯科医院では、患者からハラスメントを受けるケースも想定されます。

スタッフに対するセクハラや、診療に対するクレームを発端とした暴言や暴力行為など様々な事案があります。

院内での対応だけではなく、弁護士や警察の介入も視野に入れて、「スタッフを守る」という姿勢が必要です。

(1) 患者から受けるセクハラ

女性スタッフが多い歯科医院では、患者からのセクハラ事案が多くみられます。

診療中はどうしても患者との距離が近くなり、接触の機会も増加します。その際に、患者からの不要な接触や性的言動を受けることもあります。

また、接遇サービスの向上、患者満足度アップへの行動が患者の勘違いや思い込みを招き、ストーカー行為にまで発展するケースも発生しています。

■ スタッフに対する患者からのセクハラ

- 身体に触る（偶然の接触ではなく、意識的な接触）
 - 治療のために口の中に入れた指をなめる
 - 交際を求めるような声をかける
 - 電話番号やアドレスを渡したり、聞いたりする
 - ストーカー行為
 - 会計でお釣りの返還の時に手を握る
 - スマホ等によって性的画像を見せる
 - 待合室にある雑誌の性的記事を見せたり、話題にしたりする
- 等

(2) 患者からの暴言や暴力によるパワハラ

診療や接遇に関することでクレームをつけ、大きな声で騒いだり、暴言を吐いたりするケースのほか、クレーム内容によっては、慰謝料などの損害賠償を主張し、金員を要求したりする事案も見受けられます。

4

院長が講じるべき具体的防止策

■ 就業規則等によるハラスメントの防止

ハラスメント防止対策としては、就業規則もしくはサービス規定にハラスメントの禁止を記載し、懲戒規定により罰する旨を明示する必要があります。

■ 就業規則によるハラスメント禁止の記載例

【サービス規程】

第〇〇条＜一部条文省略＞

- (1) スタッフは医院の方針および自己の責務をよく認識し、その業務に参加する誇りを自覚し、医院および医院の指揮と計画の下に、全員よく協力、親和し、秩序よく業務の達成に努めなければならない
- (6) 患者の個人的秘密を守り親切を旨とし、温かな言葉遣いと、誠実な態度で対応し、患者やその近親者を含め安心と信頼を損なうような行動や言動をしないこと。
- (8) スタッフは下記の行為をしてはならない
 - ア. 医院の命令および規則に違反し、また医院に反抗し、その業務上の指示および計画を無視すること
 - イ. 職務の怠慢および言動や行動により職場の風紀、秩序を乱すこと
- (10) スタッフは医院の名誉を傷つけ、または医院に不利益を与えるような行動や言動は一切慎まなければならない

第〇〇条 (セクシュアルハラスメントの禁止)

性的言動により、他のスタッフに不利益や不快感を与えたり、就業環境を害するようなことをしたりしてはならない。

第〇〇条 (パワーハラスメントの禁止)

業務の適正な範囲を超えて、他人に精神的・身体的苦痛を与えたり、職場の環境を悪くしたりするようなことをしてはならない。



ジャンル：業績管理 > サブジャンル：業績管理と予算管理

会計及び決算データの チェックポイント

会計データおよび決算データの
チェックポイントを教えてください。

【実数によるチェック】

各勘定科目の異常値のチェックと前期とのデータ比較により、増減している勘定科目の内容を精査することです。

- 明らかな異常値がないか
- 特に貸借対照表科目の残高は合っているか
- 毎月定額で計上されているものが、きちんと計上されているか
- 前期との比較で大きく変動している科目はないか

チェックを行った後は、なぜ異常値が出たのか、なぜ大きく数字が変動しているのか要因を説明します。つまり、各数値を分解していく作業となります。

- (例) 収入が前期と比較して大きく減少
- 病棟再編、診療科目変更等の大きな変更はなかったか
 - ⇒ 入院か外来どちらが減少したのか
 - ⇒ 患者数か単価か

【比率によるチェック】

変動費科目、人件費他固定費科目、限界利益、営業利益、経常利益を対収入比、対限界利益比で検証することをいいます。各勘定科目を比率で表示してチェックします。

- 変動費科目：医薬品費、診療材料費、給食材料費、検査委託費等
 - 固定費科目：人件費、光熱費、消耗品費等
 - 利益科目：限界利益、営業利益、経常利益等
- 特に変動費が増加している場合は下記を確認します。
- 仕入れの中に医療機械等資本的支出が混入していないか
 - 在庫が過大となっていないか

また、人件費については、労働分配率を確認します。

$$\text{人件費} \div \text{限界利益} = \text{労働分配率}$$



予算制度の活用方法

予算制度の活用方法を具体的にしてください。

経費節減を実行していく上で、予算額の目標を設定することは重要です。人は目標があると力を発揮できる場合が多いことから、積極的に運用すべきだと言えるでしょう。

しかし、病医院全体で取り組む予算管理については、エビデンスが必要です。

■ワンポイント

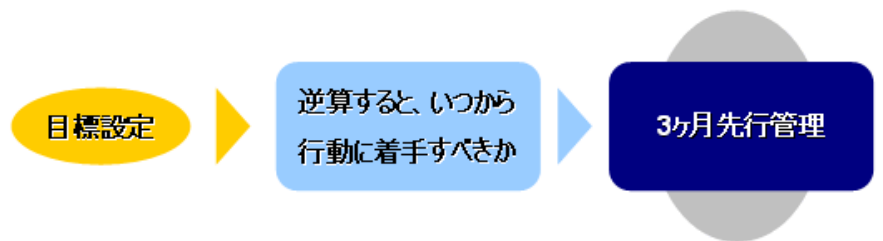
- モノを「使うとき」「購入するとき」には、職員の一人ひとりが「短時間で」「少ない費用で」できないかを考える
- 出入り口に「節電への協力」を呼びかけるポスター等を掲示する
- 診療に関わる材料・物品の節約には、診療行為に関わる職員（医師・看護師）だけでなく、看護補助者にも協力を求めることが重要
- コ・メディカル職員にも経費節減に興味を示す人材は多い
- 部門間・職員間で協力を要請することが経費節減の第一歩

予算制度は、活用しなければ意味を持ちません。具体的な活用方法として、実績分析と先行管理が挙げられます。「なぜ予算が未達成だったのか」について検討する際には、収入と変動費、固定費と大きな区分から検証し、各勘定項目へと細部にわたって確認する作業を実施します。

これによって、回避できない予想外の支出、あるいは無駄な支出があったのかを把握することができます。その作業の後は、対策を講じるために問題点を整理し、解決方針を明確にします。

このように決定した解決方針を受けて、「誰が」「いつまでに」「どのように」改善を行うのかを決定します。先行管理を確実に行うことができれば、計画達成に大きく近づきます。

「3ヶ月先行管理」の実践によって、さまざまな障害を取り払うことが可能となる一方、先行管理を行うことによって、新たな障壁の発生が事前に予測できることもあります。



■3ヶ月先行管理で三段構えの手を打つ

- 3ヶ月前に第1弾の手を打つ（目標の80%達成の準備）
- 2ヶ月前に第2弾の手を打つ（目標の90%達成の準備）
- 1ヶ月前に第3弾の手を打つ（目標の100%達成の準備）