

地域包括ヘルスケアの実現に向けた連携体制の作り方

2024年7月13日
株式会社日本経営

中堅、中小企業及び医療・福祉事業者の健全な成長発展のために、専門的かつ総合的な経営支援を提供しています。

主なサービス

- 業務改善、生産性向上コンサルティング
- コスト削減コンサルティング
- 働き方改革支援コンサルティング
- 戦略策定・病床機能再編
- 収益向上、地域連携、DPC向上支援
- 病院の経営診断・経営分析・再生支援
- 医師人事マネジメントシステム構築支援
- 事業戦略コンサルティング
- 労務顧問、労務戦略の立案推進
- 社会保険・労働保険に関する手続・相談
- 年金相談

病院支援

1,578 件

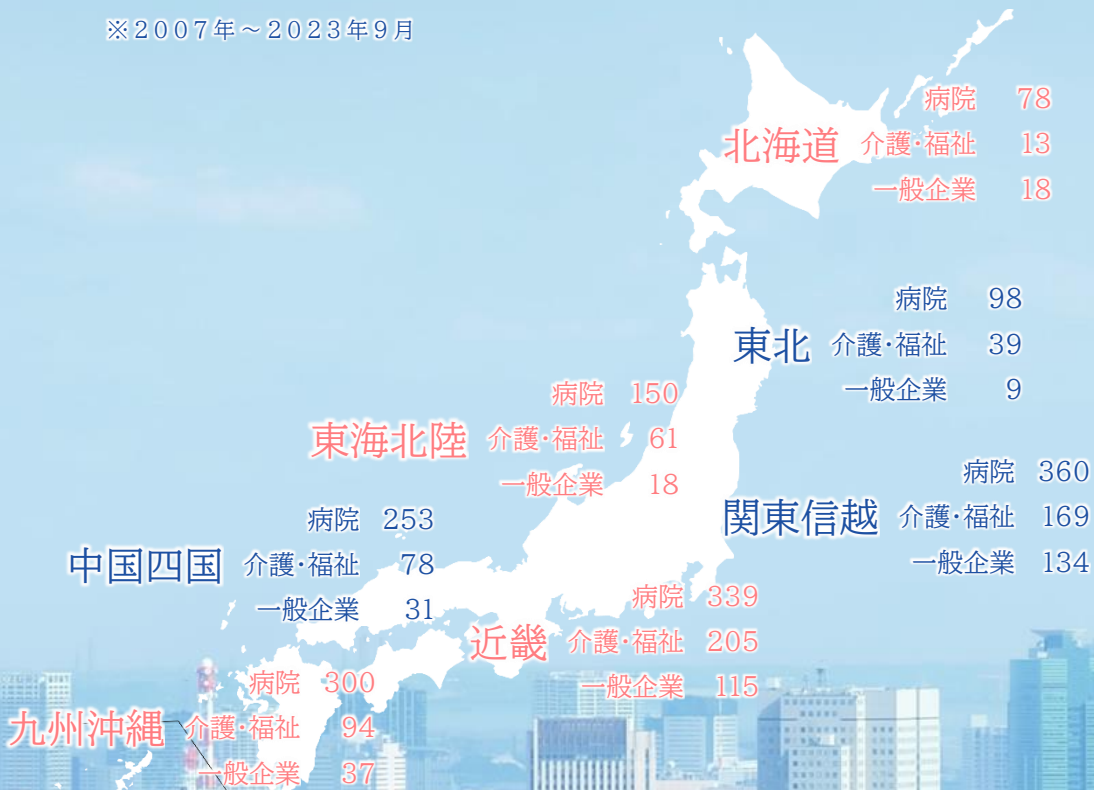
介護・福祉支援

659 件

一般企業支援

362 件

※2007年～2023年9月



中野 敬太 Keita Nakano

株式会社 日本経営
札幌オフィス チームリーダー

(1) 専門分野

中小規模の病院から大規模のグループ病院まで、規模や機能を問わず、戦略策定、経営改善、建替え、経営管理体制の構築等、多岐に渡るコンサルティングを実施。

特に、経営改善支援では、データ分析と現場の業務プロセス改善に強みを持つ。

(2) 経歴

2019年～ ヘルスケア事業部（東京）所属

2020年～ 札幌オフィス異動

2021年～ 金融機関へ出向

(3) 照会先

-Email : keita.nakano@nkgr.co.jp

-Tell : 080-4329-0300

はじめに

連携が求められる背景

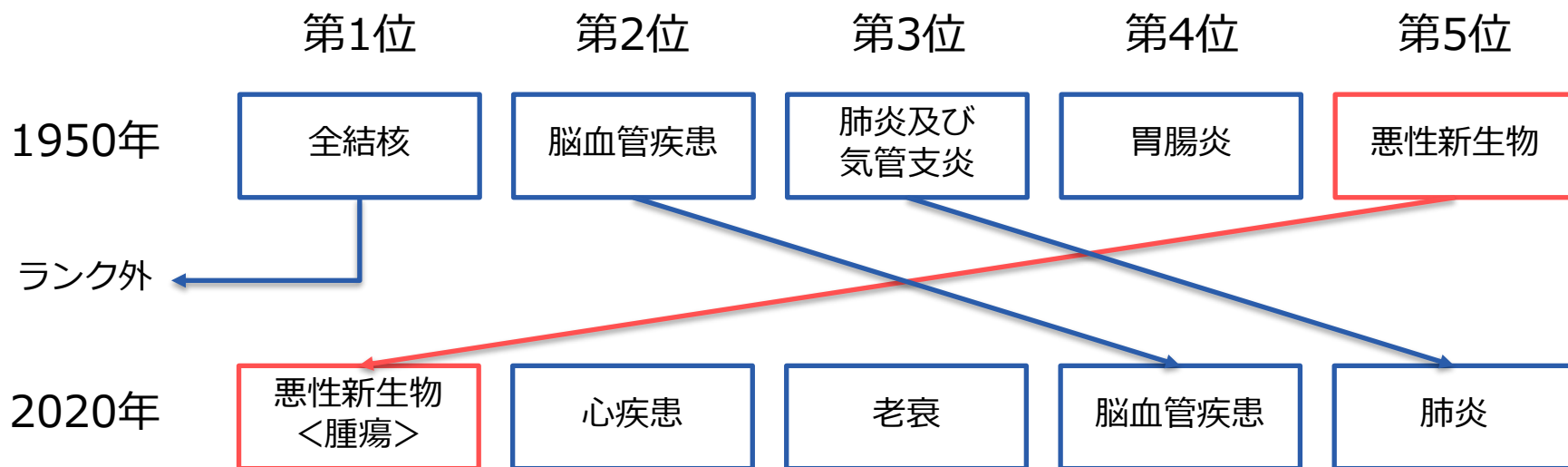
- ✓ この2つの要素によって、**病院だけでヘルスケアサービスは完結できない**という状況になっている。

ニーズの複雑化

医療資源の枯渇

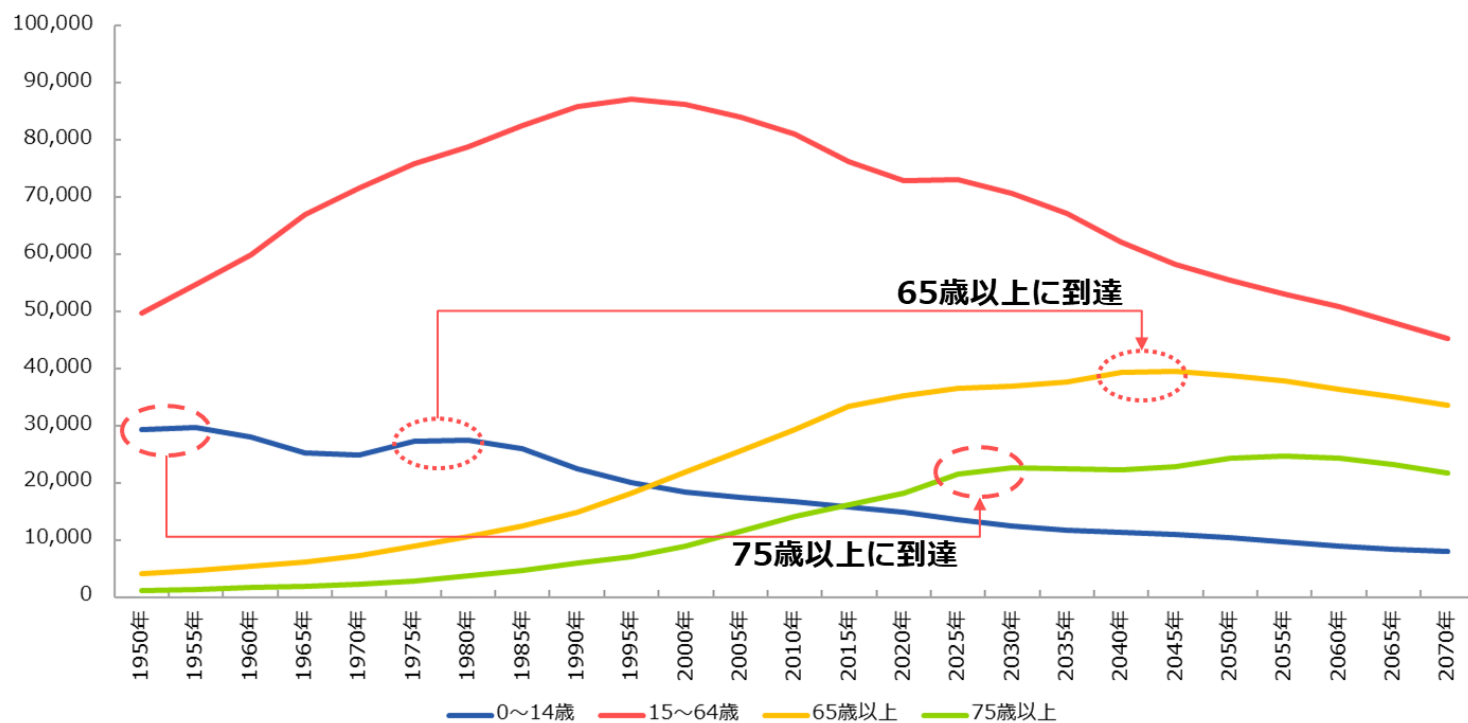
ニーズの複雑化

- 医療技術の発展や公衆衛生の改善によって、疾病構造が変化
- 生活習慣病に起因する慢性疾患が増え、複数疾患を持つという状況や治療だけでなくQOLの向上も考える必要性が高まっている



医療資源の枯渇

- 医療ニーズの高い高齢者の増加と、働き手となる生産年齢人口の減少
- 効率的な医療提供（機能分化）と医療費適正化が求められている



連携の具体化

- ✓ 情報共有や患者の紹介等の連携（プロセス）について、ストラクチャーとアウトカムで整理すると以下のようなになるか。
- ✓ **診療報酬等で求められている連携は限定的**なのではないか。

■ 連携の目的（アウトカム）は何か．．．

患者のQOLの向上、効率的な医療提供（機能分化）、医療費の適正化

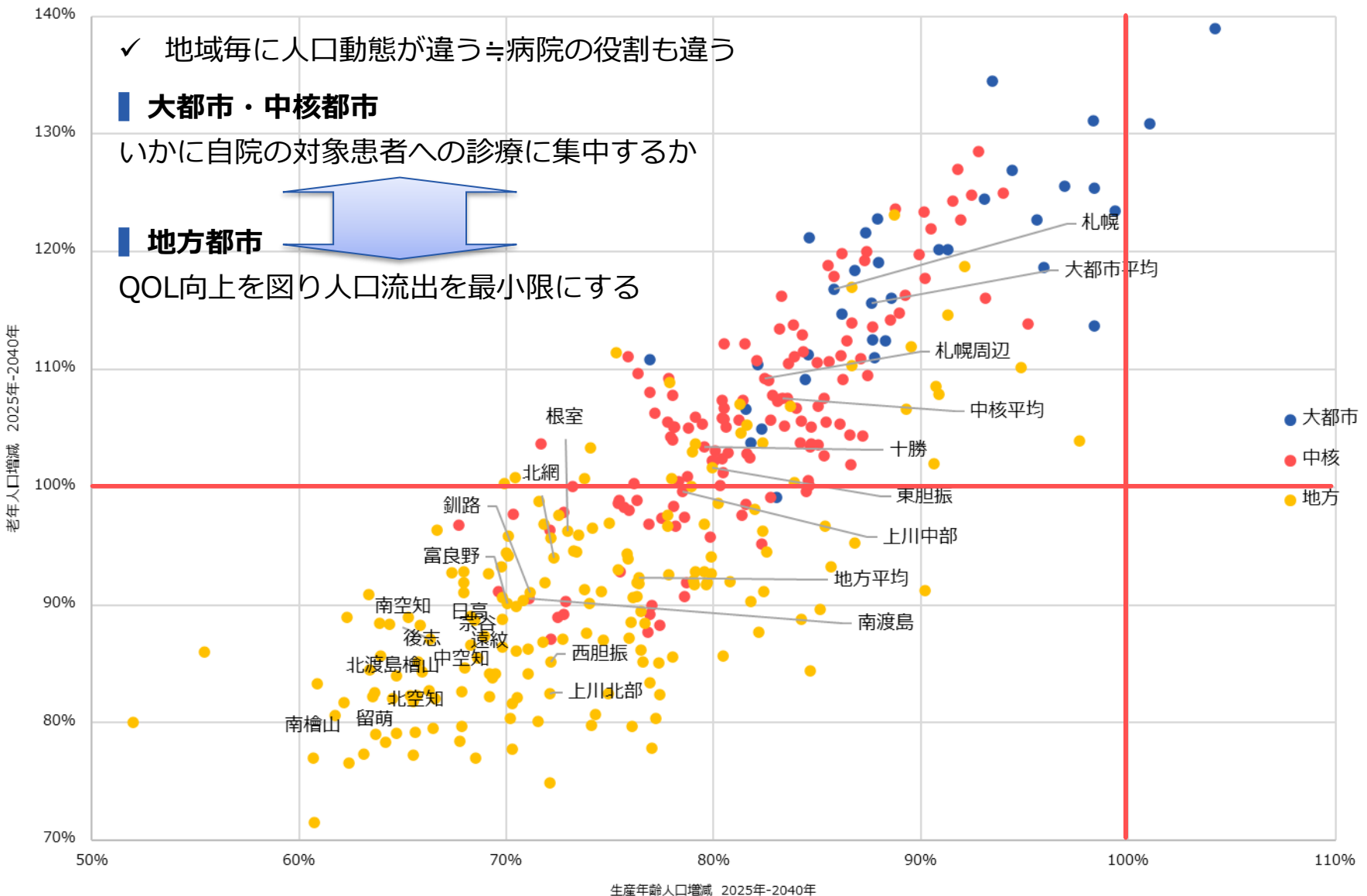
- 生活ニーズに合ったサービスを繋ぐこと
- 入院期間の適正化（短縮）
- 疾病予防、再発防止、重度化防止

■ 誰と連携すべきか（ストラクチャー）．．．

- 病院（自院含む）、クリニック、歯科、訪問診療、薬局
- 介護施設、在宅サービス、ケアマネ
- 患者自身（住民）、行政、町づくり、医療周辺産業、BtoCの事業者

データで見る連携状況の評価

地域毎の状況の違い



出所：将来推計人口（人口問題研究所）
備考：プロットは二次医療圏単位

高度急性期病院が抱える課題

発症



救急搬送



収容



急性期治療終了

(退院調整期間および回復期医療の実施)



退院

⇒患者住所地の病院や在宅へ

■ 地域課題①

搬送距離（時間）が長期化することにより、**患者容態が悪化**する可能性あり

■ 地域課題②

- 他地域に住所地を持つ救急患者については、**退院調整に時間を要する。**
- 回復期医療の提供に十分な医療職（リハビリセラピスト）がない。
- 急性期治療後の入院日数が長期化。**
- 高度急性期病院の評価指標と患者層の整合性が図れない状態になる。

- 心疾患や脳血管疾患などの24時間365時間対応を要する救急医療への対応病院を各圏域で整備および維持できるか。もしくは円滑な広域連携体制を構築できるか
- 予防医療や地域包括ケアシステムなどにより、救急搬送を未然に防ぐ医療提供体制を構築できるか

- 広域連携を円滑に行う体制を作れるか
- 自院所在圏域以外の後方支援病院の医療提供体制は十分か

■ 他地域3次救急病院の例（整形外科）

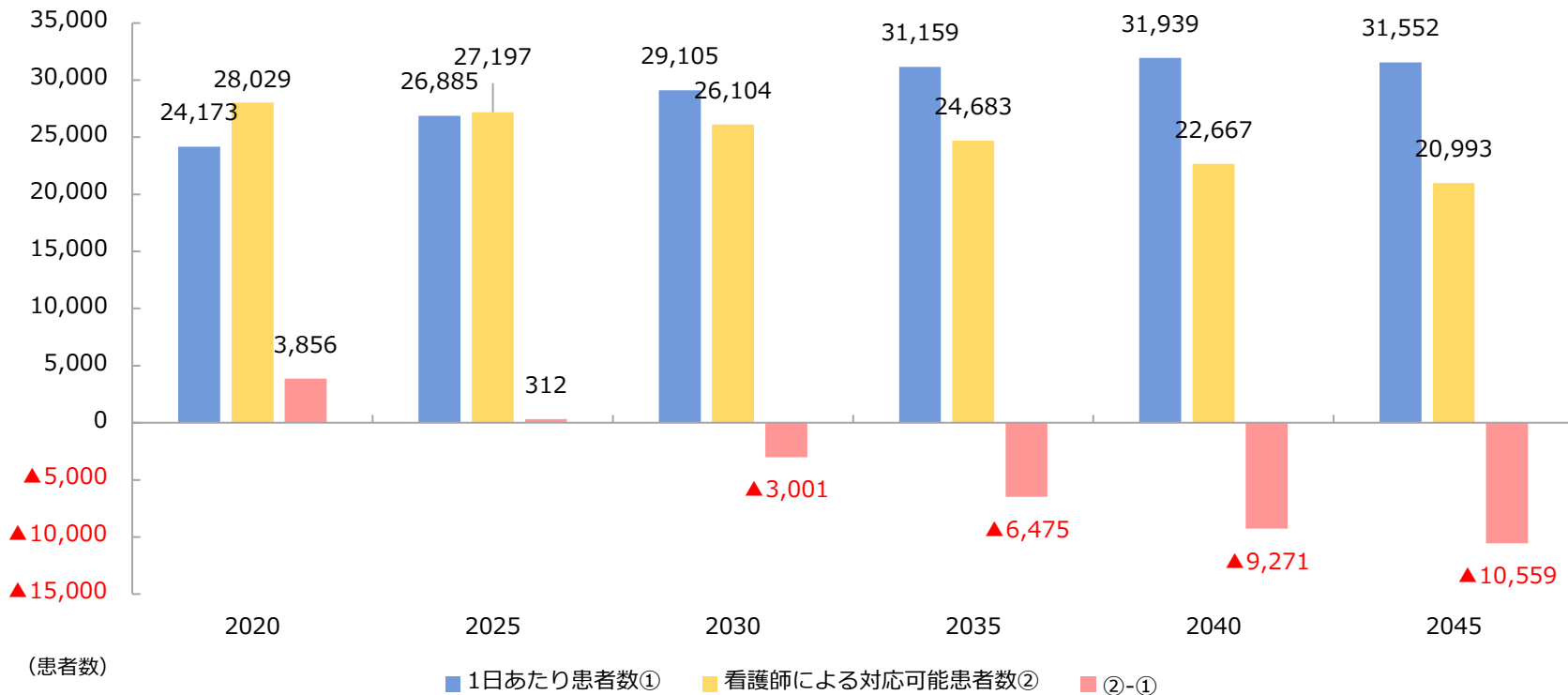
- DPCデータ様式1を用いて患者住所地により在院日数や在宅復帰率に差が生じるかを確認。

| 患者住所 | 入院期間 | | 在宅復帰率 | |
|------|-----------|----------|-----------|------|
| | 全体 | うち入院期間Ⅲ超 | 全体 | 在宅復帰 |
| 所在地域 | 67 | 25 | 67 | 57 |
| | 期間Ⅲ割合 37% | | 在宅復帰率 84% | |
| 他地域 | 23 | 12 | 23 | 11 |
| | 期間Ⅲ割合 52% | | 在宅復帰率 48% | |

大都市が相対的に働き手不足になる可能性

- 特に札幌医療圏などは1日あたりの患者数が看護師による対応可能な患者数を上回る計算になり、他の医療圏よりも、このギャップが生じるタイミングが早い計算になる。

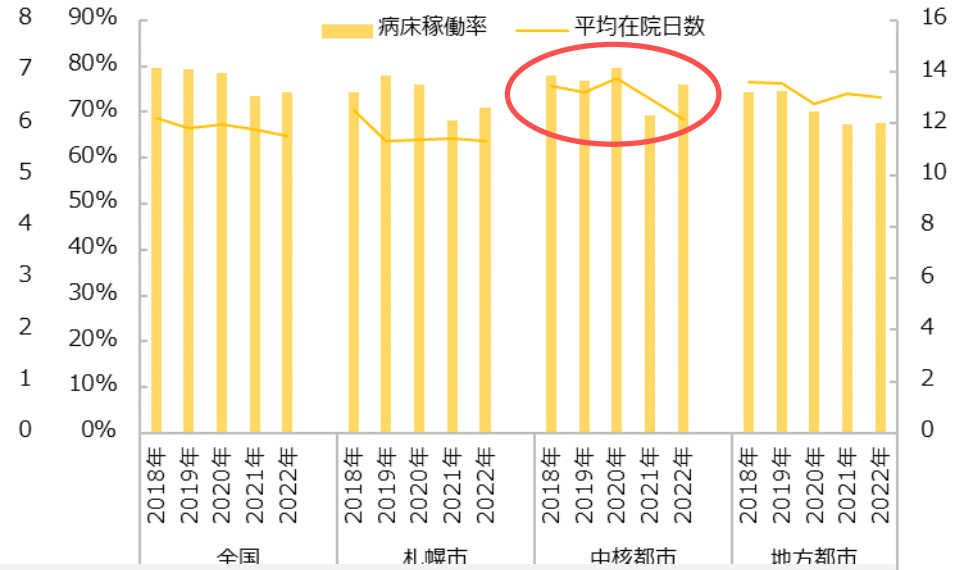
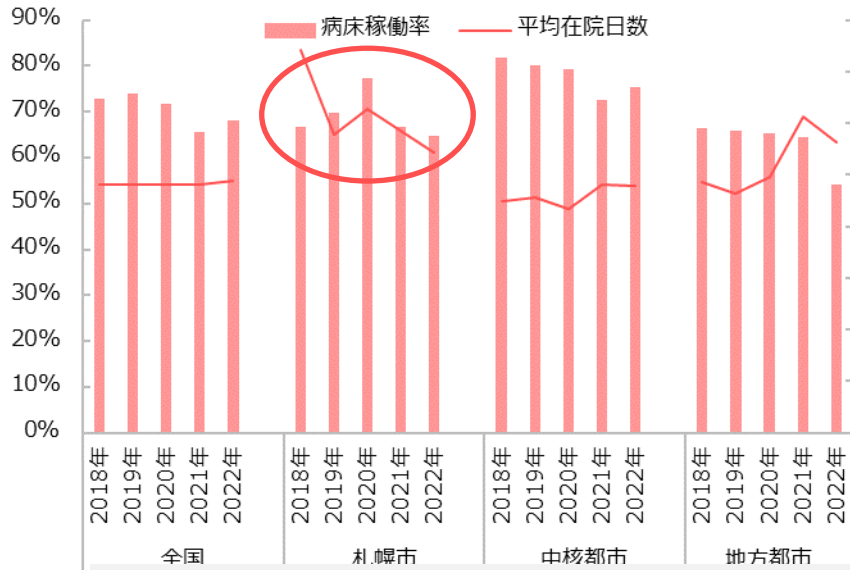
働き手の数から見た病床数の試算（札幌医療圏）



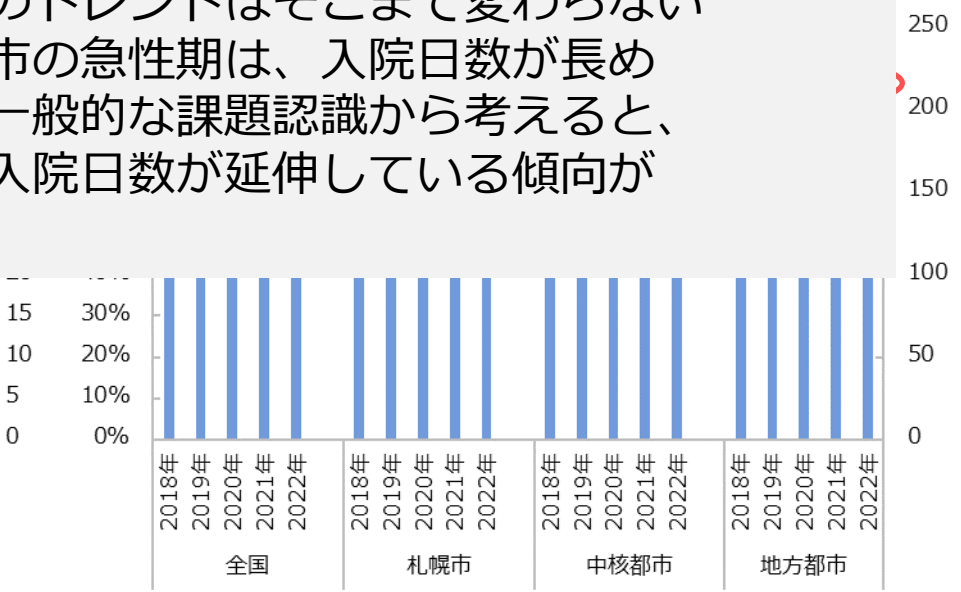
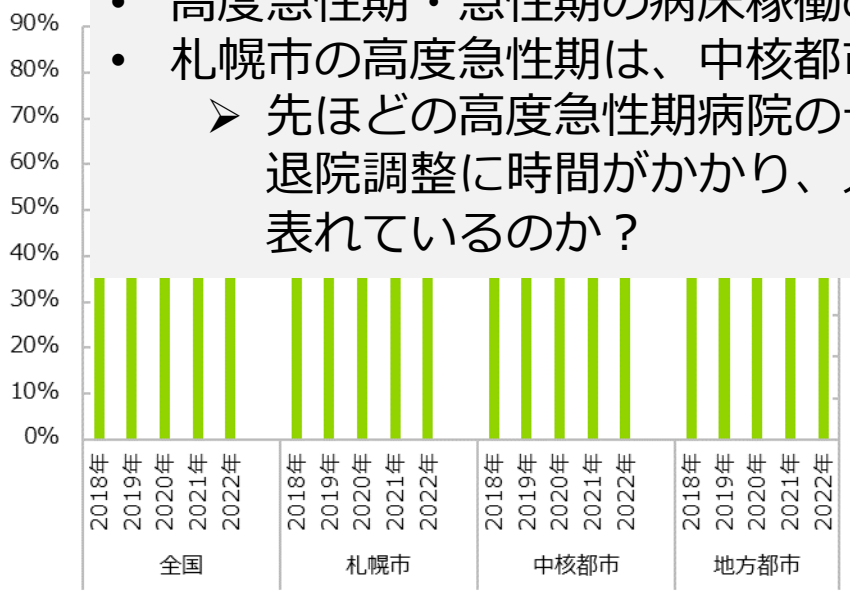
- への対応：医療以外の地域資源と連携
- への対応：回転を早める
- への対応：業務改善・病棟機能再編

1日あたり患者数：2020年の病床機能報告をもとに、入院受療推計の伸び率を乗じている
 看護師数：2020年の病床機能報告をもとに、生産年齢人口の減少率を乗じている
 対応可能患者数：上記の人数で、施設基準を満たせる患者数を計算
 出所：厚生労働省「病床機能報告の結果」（2020年）および国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」より弊社作成

道内病院の病棟機能別の経年実績

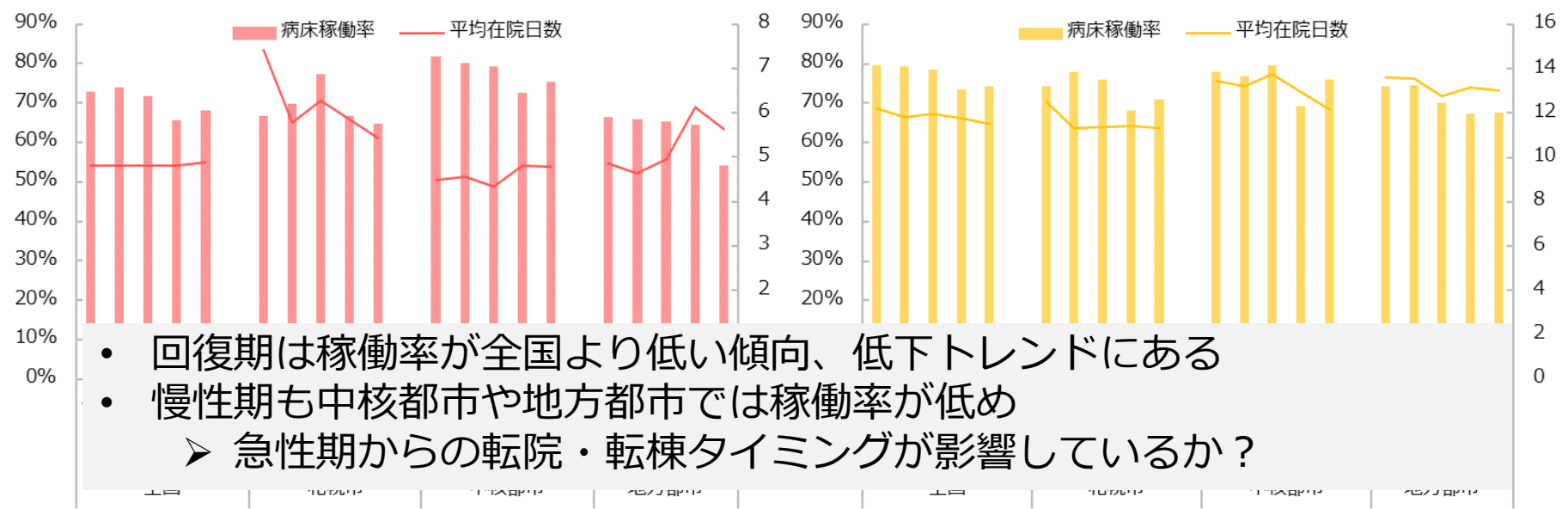


- 高度急性期・急性期の病床稼働のトレンドはそこまで変わらない
- 札幌市の高度急性期は、中核都市の急性期は、入院日数が長め
 - 先ほどの高度急性期病院の一般的な課題認識から考えると、退院調整に時間がかかり、入院日数が延伸している傾向が表れているのか？

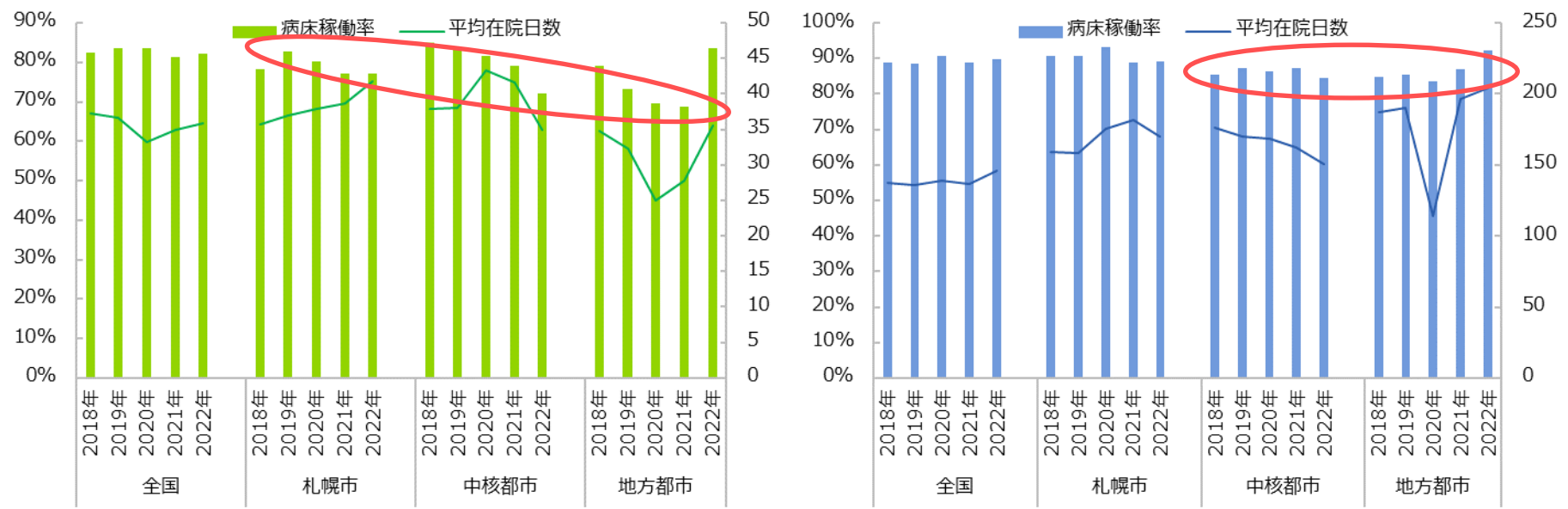


出所：各年の病床機能報告（厚生労働省）
 ■：高度急性期 ■：急性期 ■：回復期 ■：慢性期

道内病院の病棟機能別の経年実績

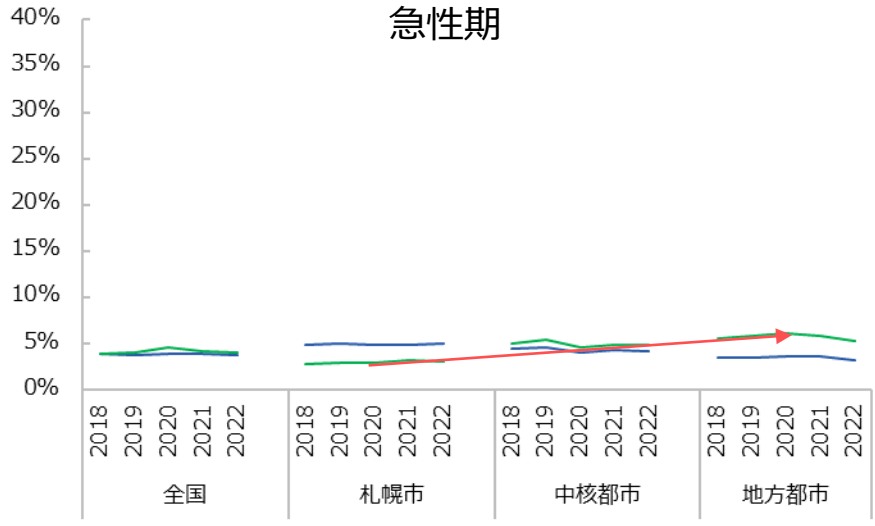
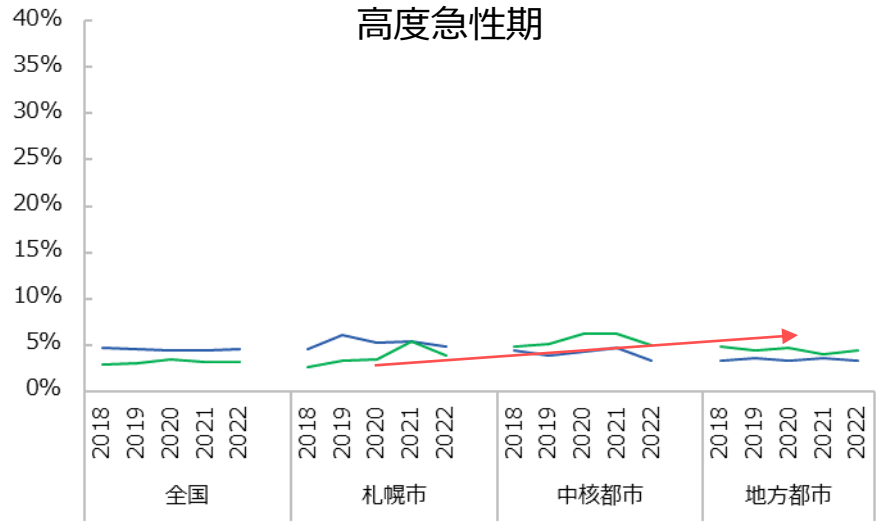


- 回復期は稼働率が全国より低い傾向、低下トレンドにある
- 慢性期も中核都市や地方都市では稼働率が低め
 - 急性期からの転院・転棟タイミングが影響しているか？

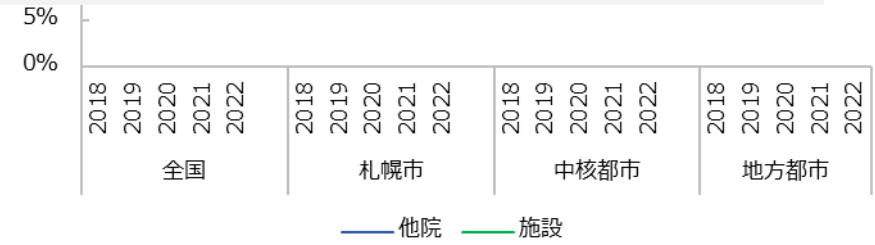
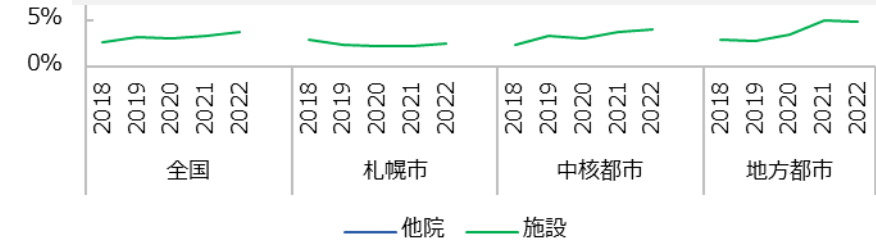


出所：各年の病床機能報告（厚生労働省）
 ■：高度急性期 ■：急性期 ■：回復期 ■：慢性期

道内病院の入院ルート別の経年実績

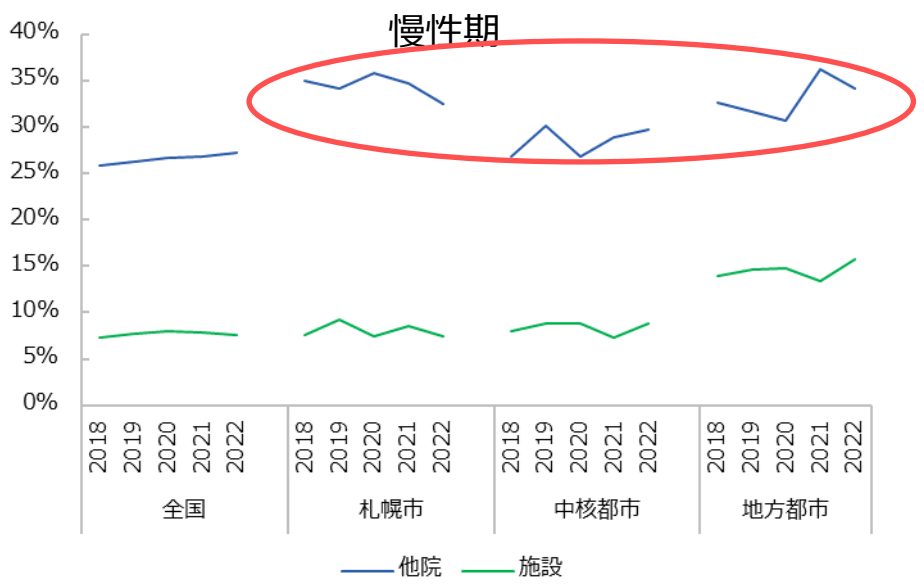
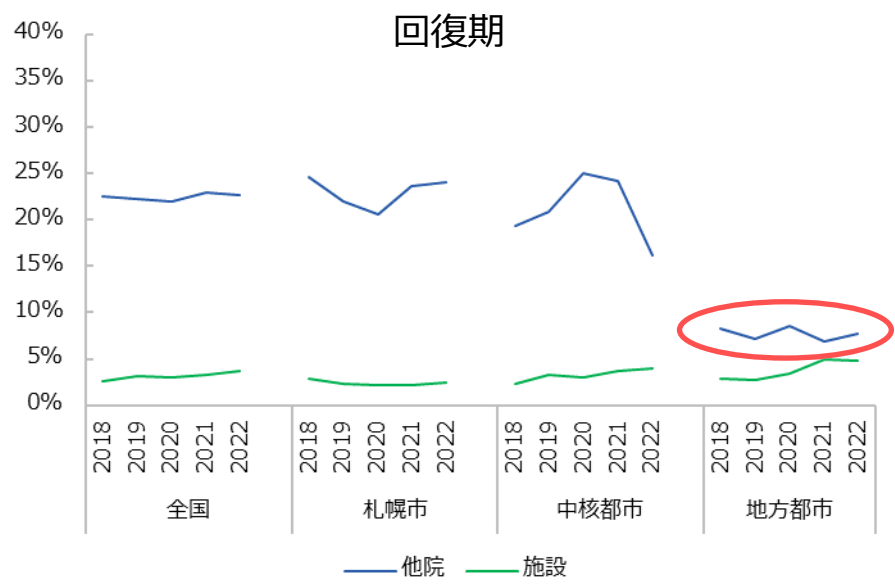


- 高度急性期・急性期の大半は家庭から直接入院するので、入院時からの連携はそこまで発生しない
- 地方都市であるほど施設からの入院は多い
 - これは、独居世帯が多く、そもそも自宅に帰れず、病院・施設を行き来するケースもあるからか
 - その場合、決して連携が進んでいるとは言えないか

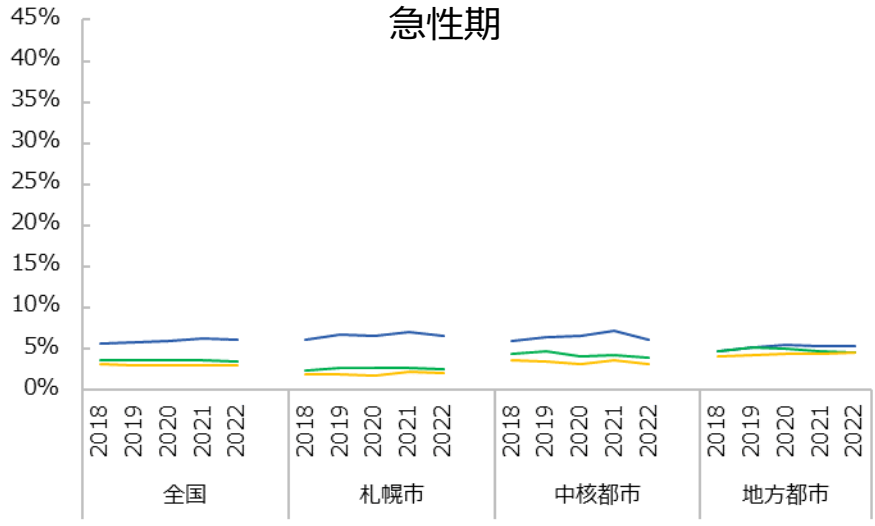
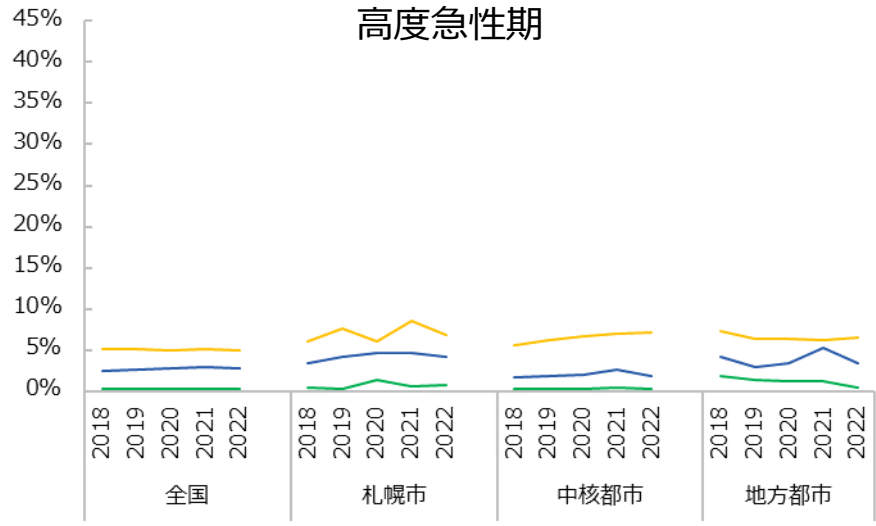


道内病院の入院ルートの実績

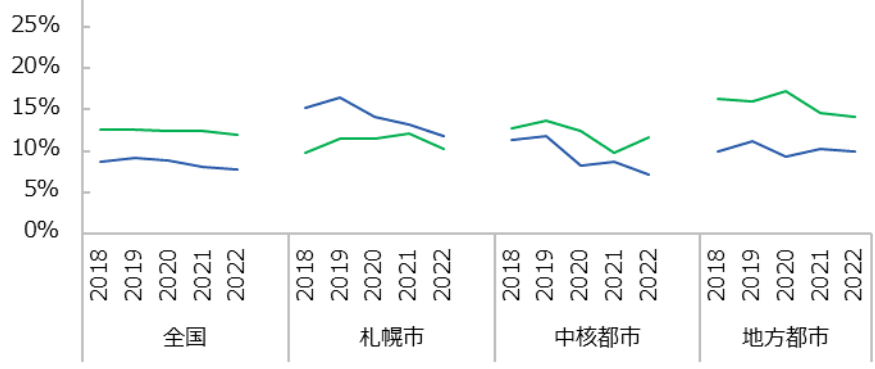
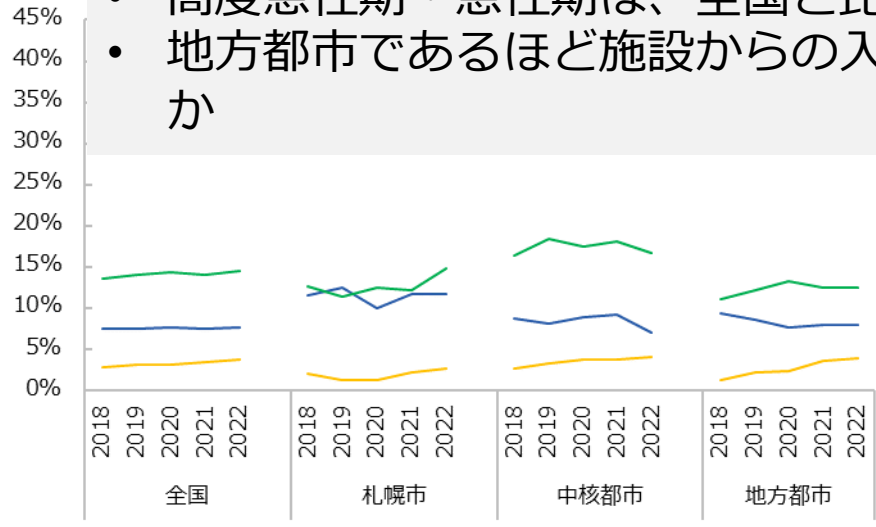
- 地方都市の回復期で他院紹介が少ないのは、回リハが少ないから
- 比較的地ケアで回復期機能を担っている病棟が多く、家庭から直接入院か院内転棟が中心で、他院の後方支援機能を担う機会が少ない
 - 地方都市でリハビリ機能をどう確保するかは、人口流出を防ぐ上でポイントになり得るか
- 全体的に慢性期で他院からの入院が多いのは、障害者病棟が多いから
- 療養病棟が少ない分、院内転棟が少ない
 - 長期療養機能の一部を介護に担っていただく機会が多い地域と言えるか



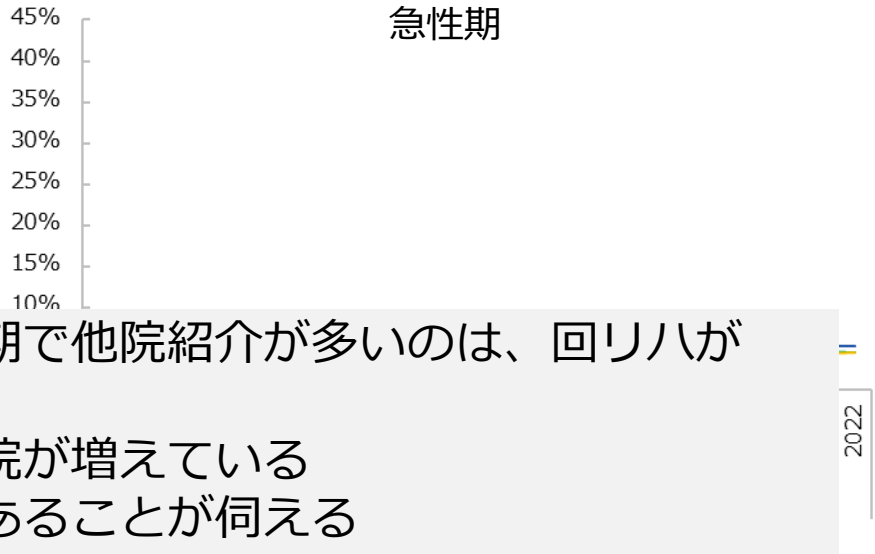
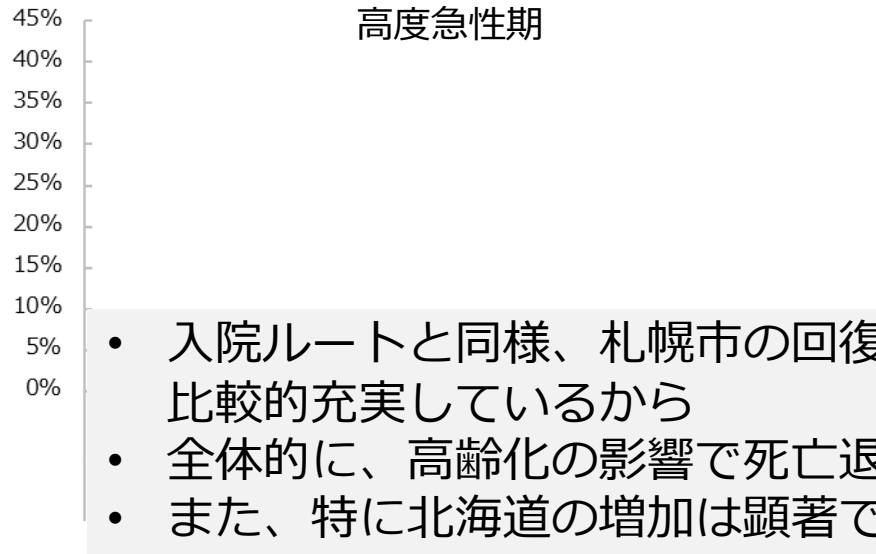
道内病院の退院ルートを経年実績



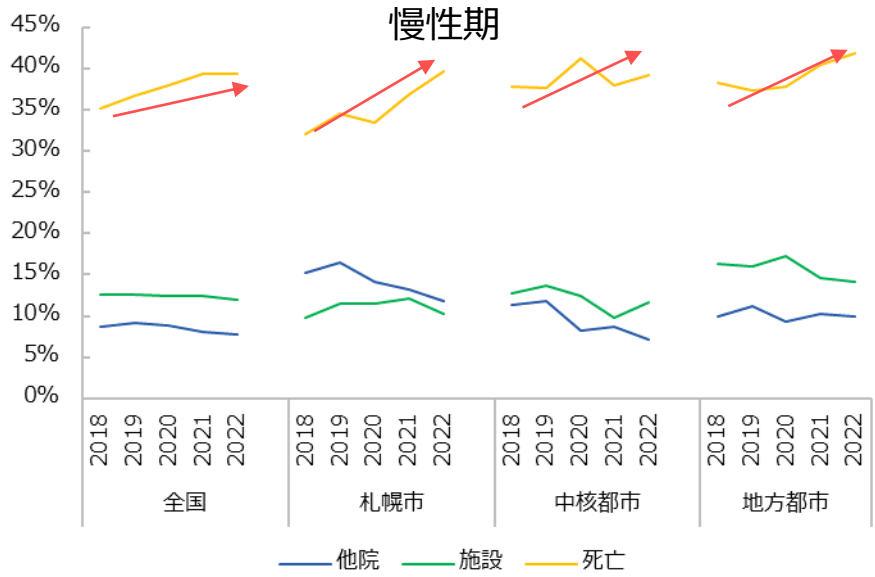
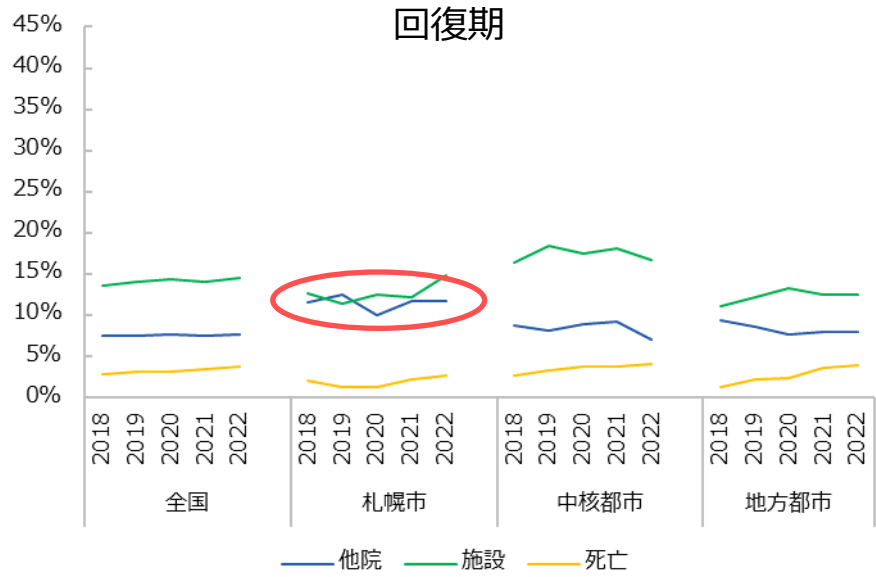
• 高度急性期・急性期は、全国と比べても目立った違いは見られない
 • 地方都市であるほど施設からの入院が多いのは、入院ルートと同じ背景か



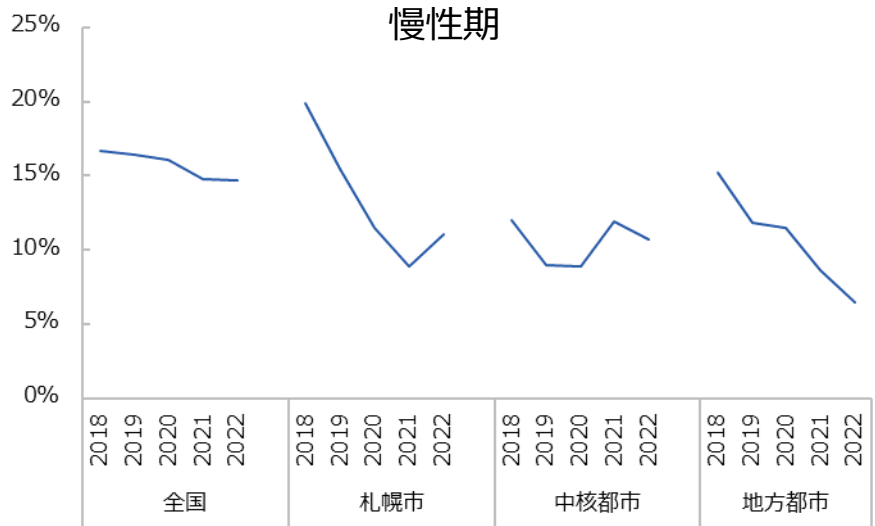
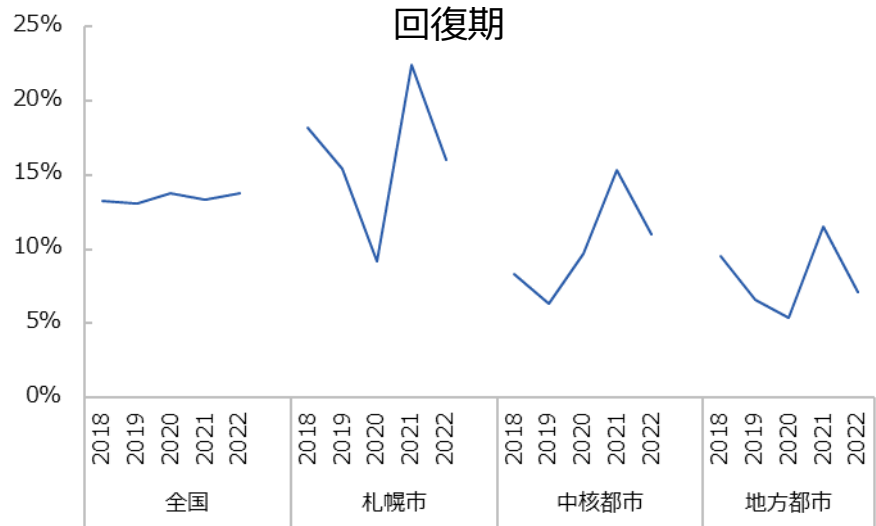
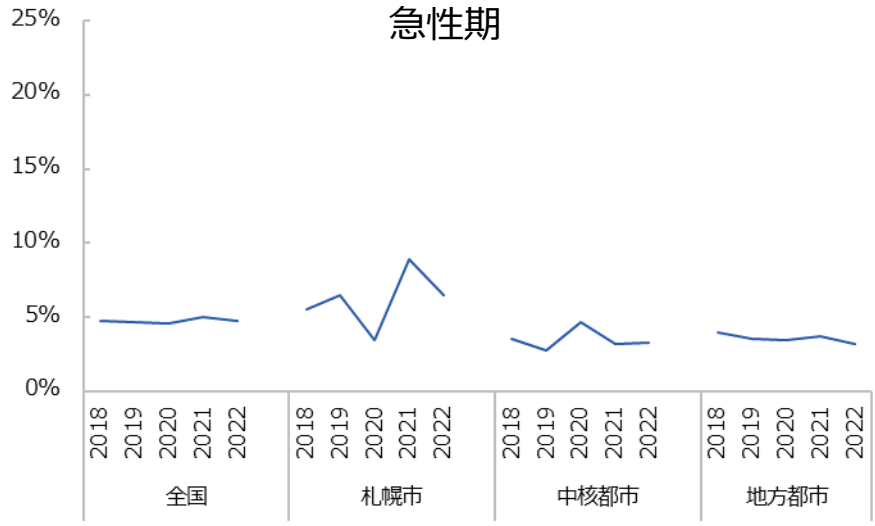
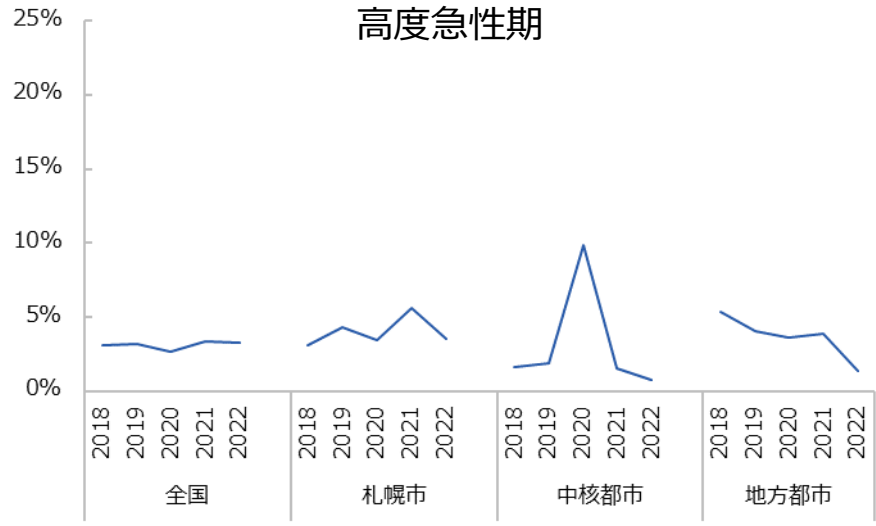
道内病院の退院ルート別の経年実績



- 入院ルートと同様、札幌市の回復期で他院紹介が多いのは、回リハが比較的充実しているから
- 全体的に、高齢化の影響で死亡退院が増えている
- また、特に北海道の増加は顕著であることが伺える



道内病院の退院後の在宅医療有無の経年実績



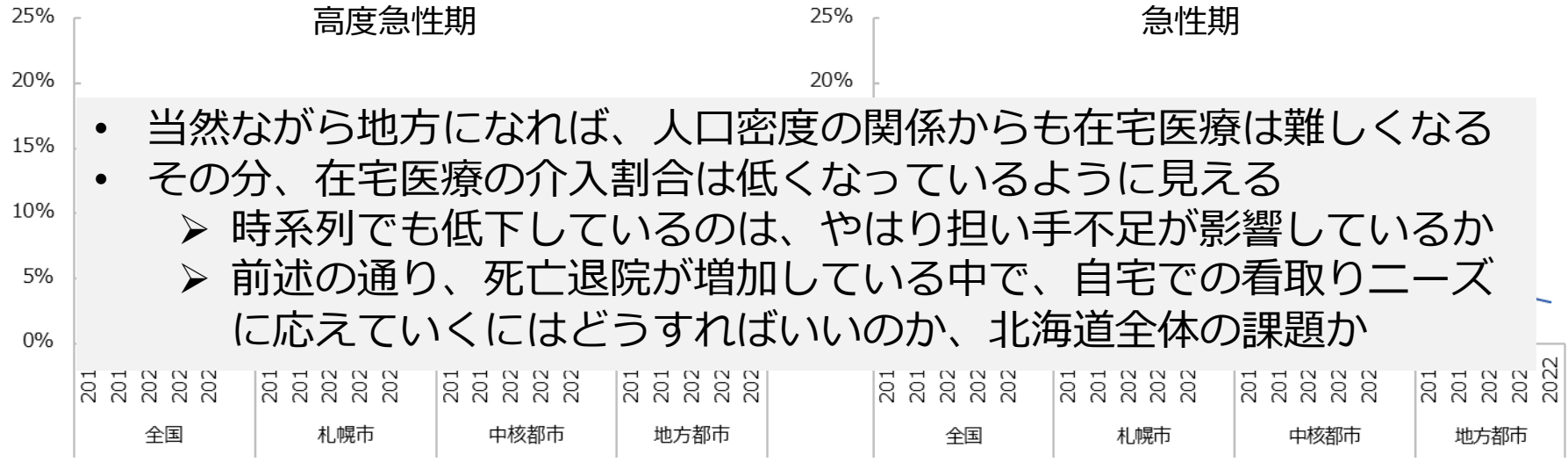
在宅医療

在宅医療

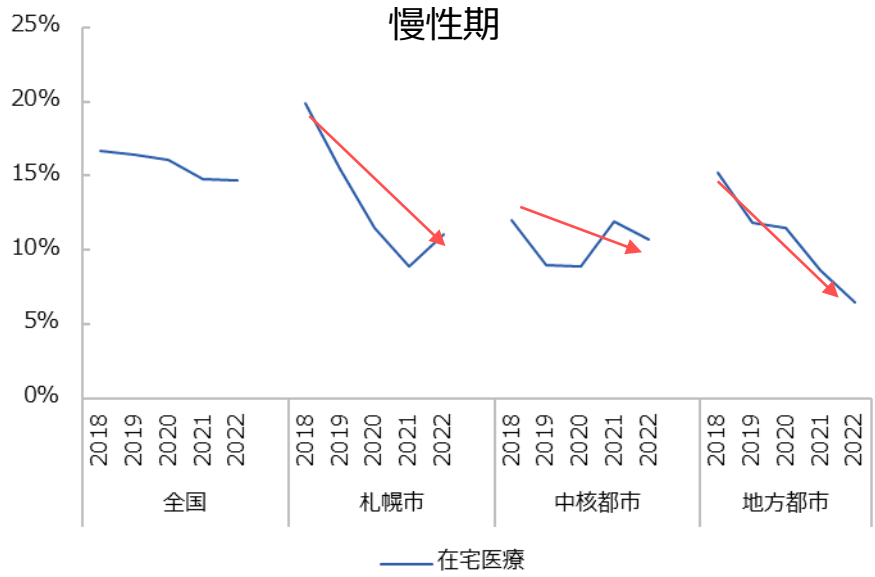
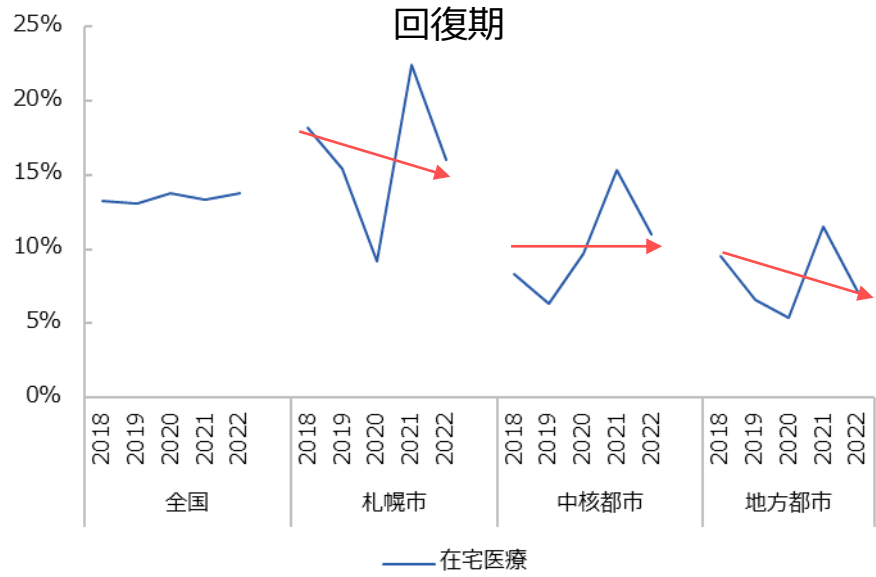
在宅医療

在宅医療

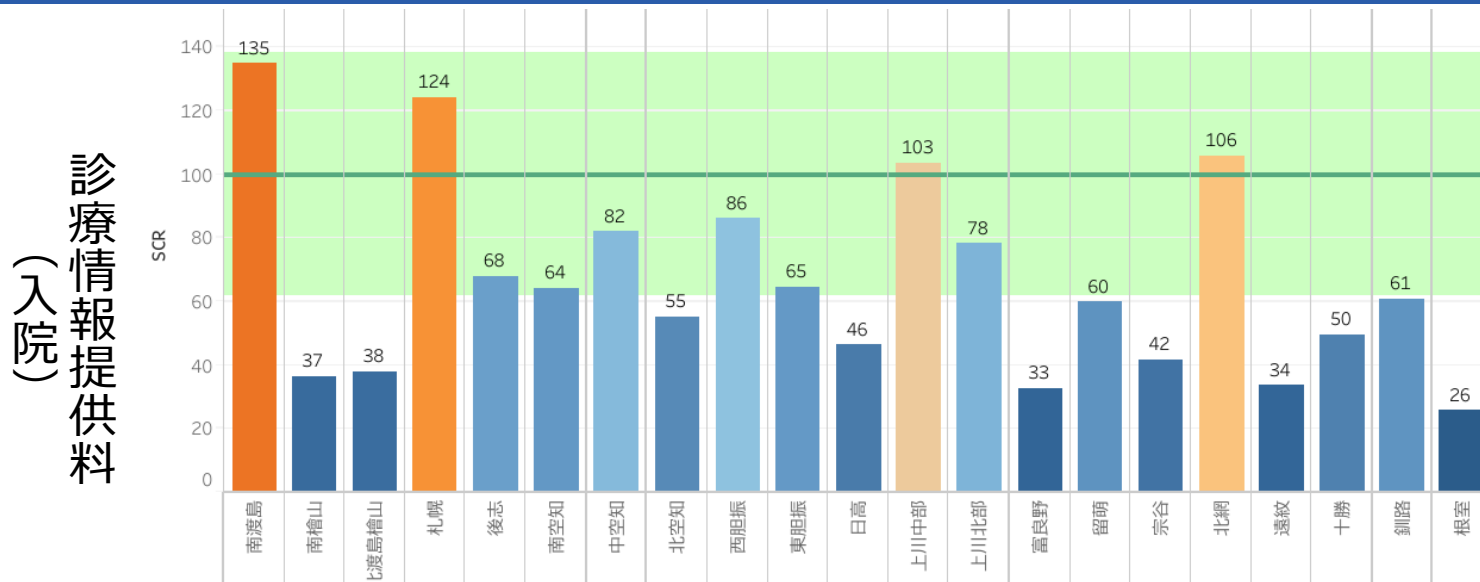
道内病院の退院後の在宅医療有無の経年実績



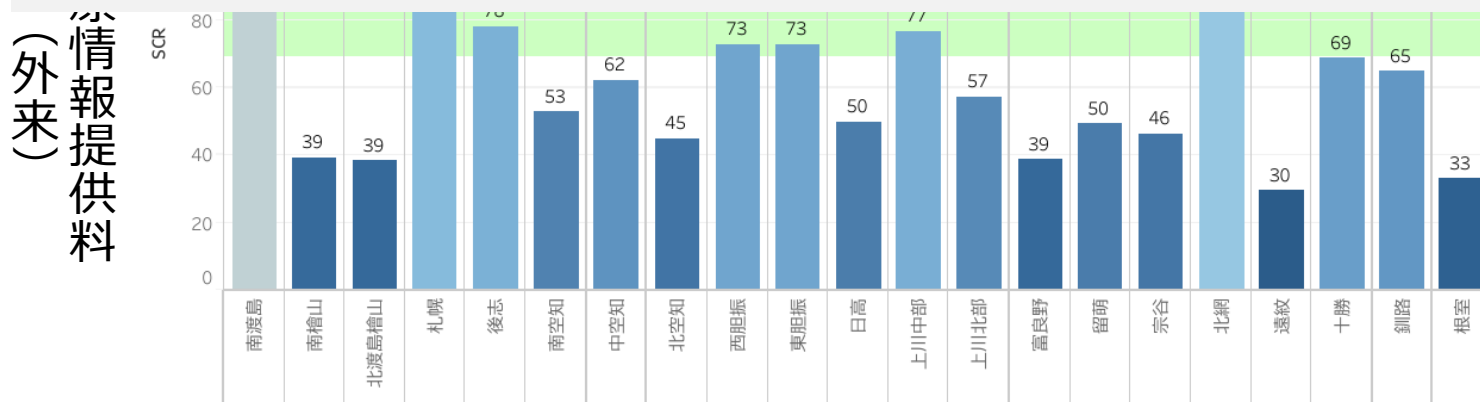
- 当然ながら地方になれば、人口密度の関係からも在宅医療は難しくなる
- その分、在宅医療の介入割合は低くなっているように見える
 - 時系列でも低下しているのは、やはり担い手不足が影響しているか
 - 前述の通り、死亡退院が増加している中で、自宅での看取りニーズに応えていくにはどうすればいいのか、北海道全体の課題か



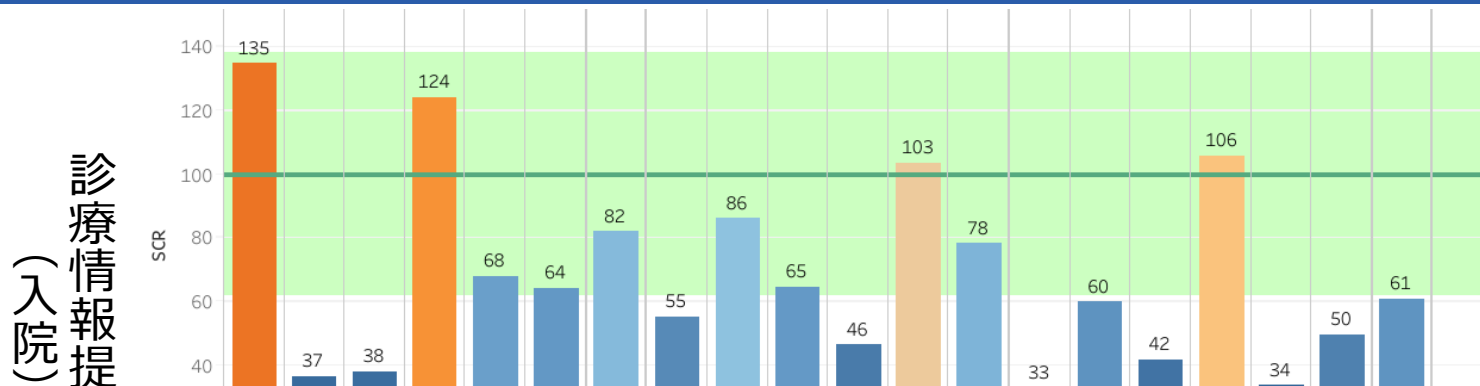
道内二次医療圏の診療行為発生率



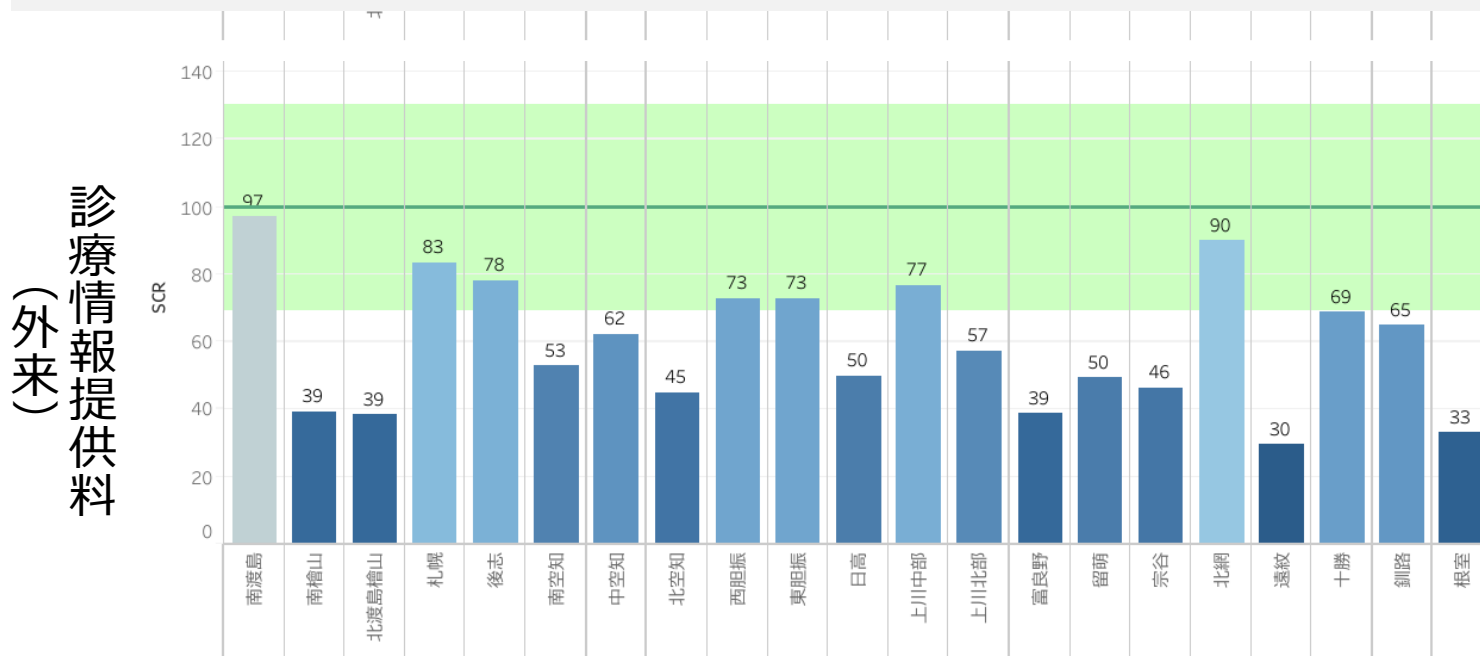
- 入院における他院紹介は中核都市を中心に多い傾向だが、全体的には少ないように見える
 - 地方の回り手不足と同じで、後方支援機能が不足していることこの表れか



道内二次医療圏の診療行為発生率

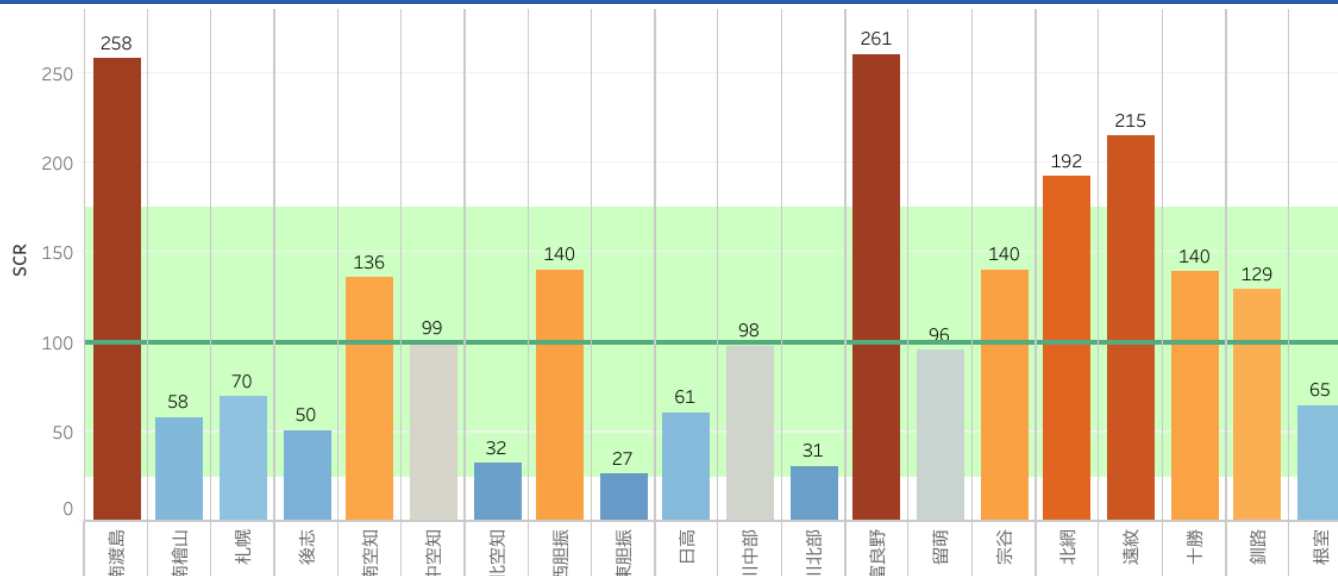


- 外来はもっと少ない
 - そもそも北海道は病院が多く、診療所数が少ないエリア
 - かかりつけ医機能を中小規模の病院が担うことも重要か



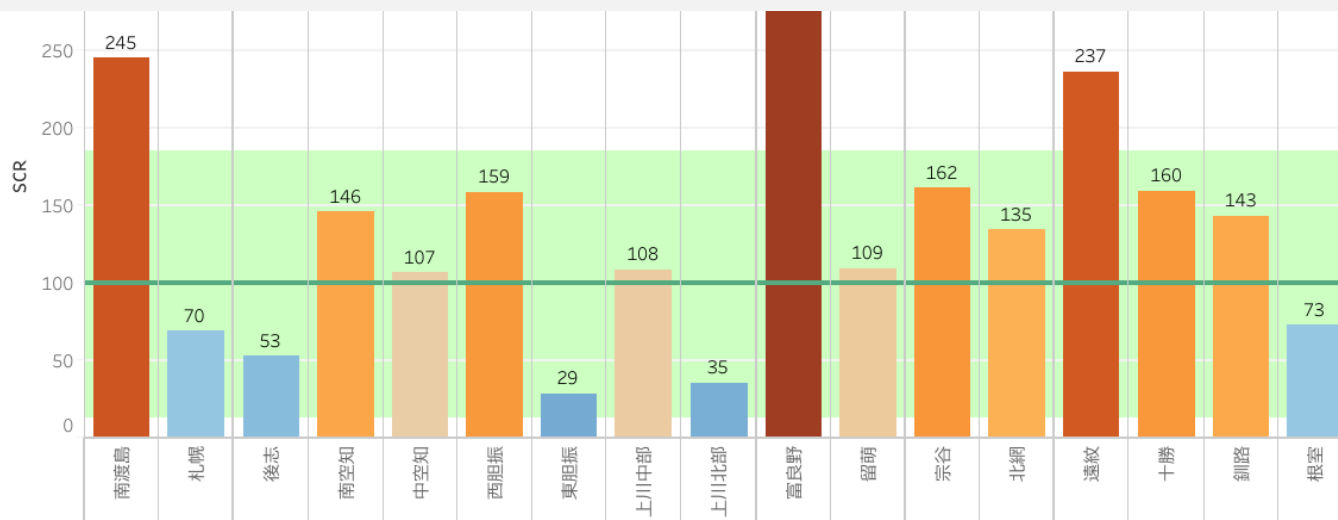
道内二次医療圏の診療行為発生率

退院時共同指導料



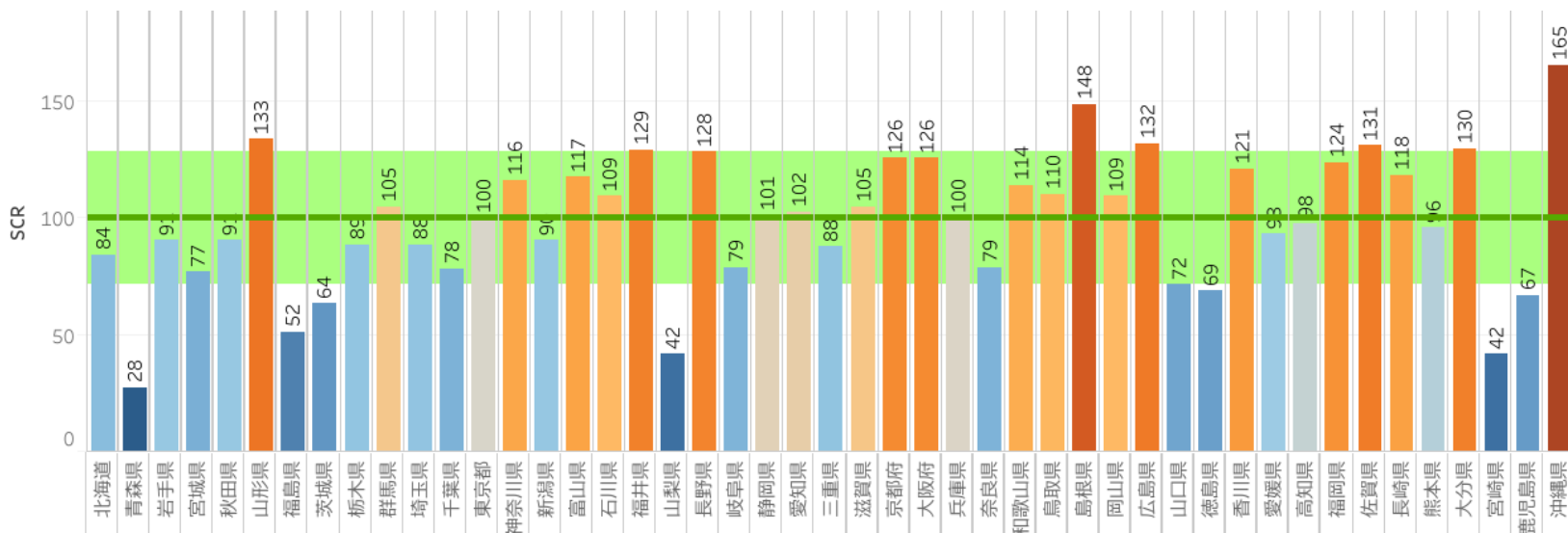
- 地方都市であるほど、施設からの入退院が多かったことの表れ
- 在宅医療もそこまで少なくないが、札幌市は両方とも少ない

介護支援等連携指導料



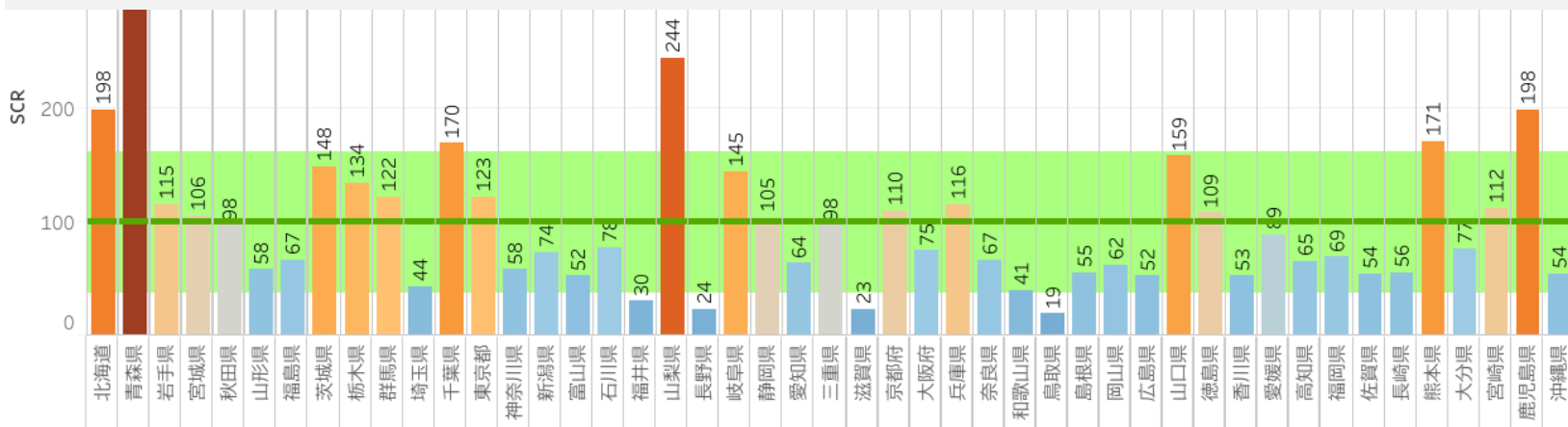
北海道の診療行為発生率

入退院支援加算1



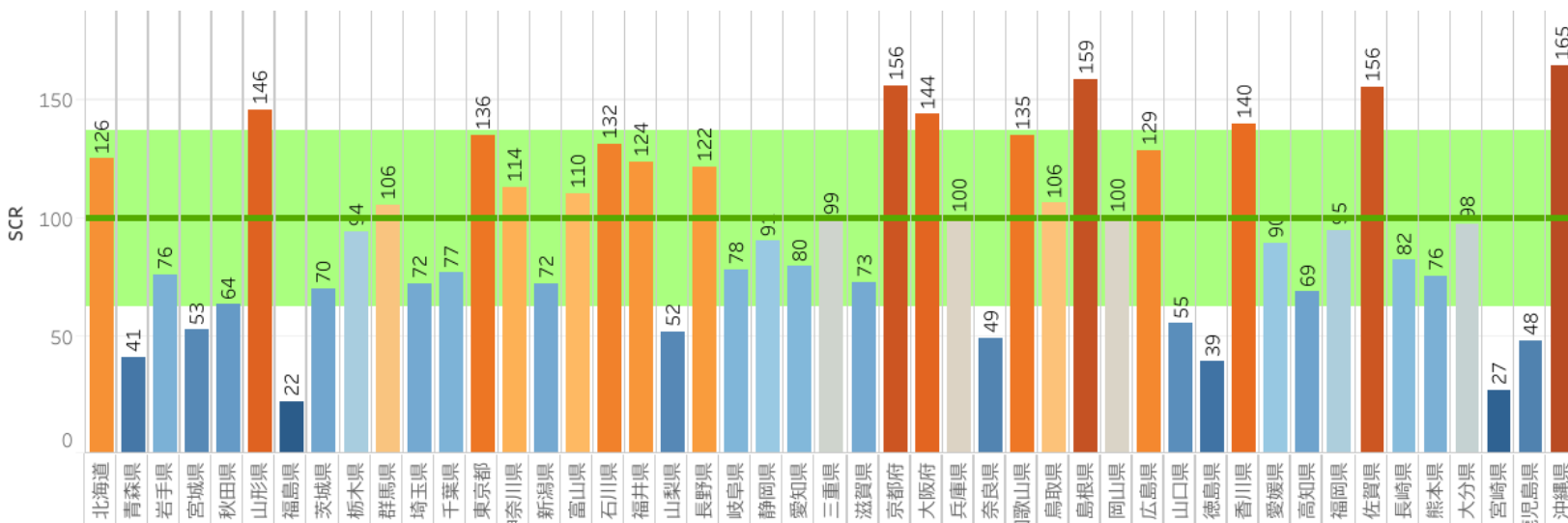
- 都道府県比較に変わるが、入退院支援加算1は少なく、2は多い
 - 施設基準の問題かもしれないが、急性期の在院日数が長めなことを踏まえると、退院調整のタイミングが影響している可能性はあるか

入退院支援加算2



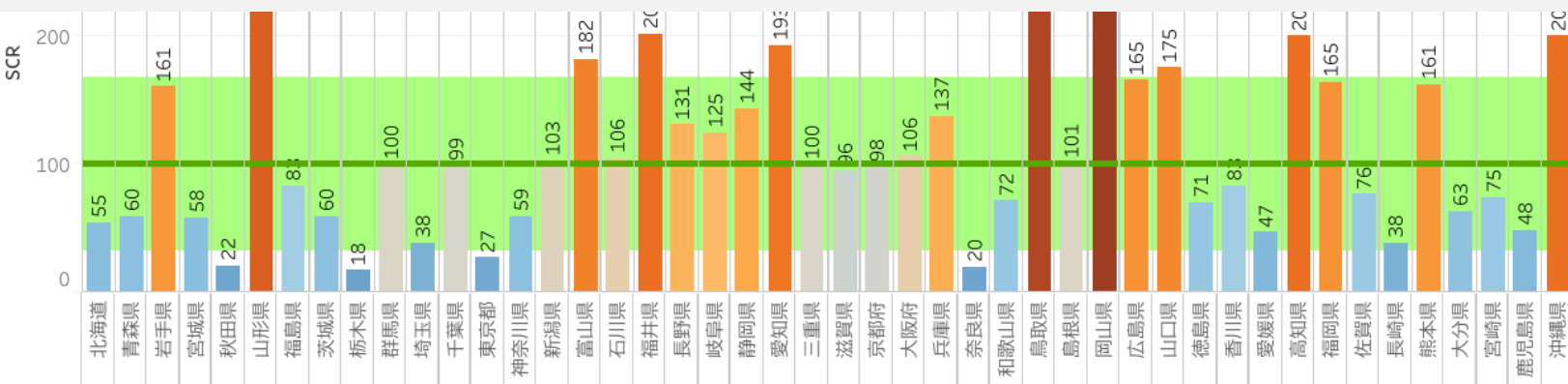
北海道の診療行為発生率

入院時支援加算



- 入院時支援は多い、病棟の業務改善も見据え、実施病院は多い印象
- いわゆる地域連携パスは少ない
 - 広域連携となるため、作成されてこなかったか
 - その分、ネットワークシステムが発展したという見方も出来るか

地域連携診療計画加算



各指標から見る仮説

- ✓ 高度急性期・急性期は、全国と比較すると、**平均在院日数は長い**傾向にある。
- ✓ ただ、入退院のルートは全国と比較しても大きな違いはなく、入院における診療情報提供料の発生率は中核都市を中心に高い傾向にもあるため、**量的な評価としては問題ない**ことが伺える。
- ✓ 入退院支援加算の発生率が1は低く、2は高い傾向にある点も踏まえると、**連携に向けた調整を開始するタイミング等**が、在院日数長期化の要因の1つになるか。

- ✓ 回復期・慢性期では、死亡退院が増加傾向にある中で、退院後の在宅医療の介入割合が低下している傾向も伺えた。
- ✓ **在宅医療**との連携である退院時共同指導料や**施設サービス**との連携である介護支援等連携指導料の出現率が低いことも要因の1つになるか。
 - **よりアウトカムを意識し、連携の質を高めることが必要**
(算定件数はアウトカムではない)
 - **介護や在宅医療へ繋ぐという点については、伸びしろがあるか**

(参考) 分析における条件設定等

地域区分

- ・大都市 : 政令指定都市 + 東京都 (北海道では札幌市のみ該当)
- ・中核都市 : 人口20万人以上 (北海道では上川中部、南渡島、十勝、札幌市以外の札幌医療圏)
- ・地方都市 : 上記以外

病床機能区分

- ・高度急性期 : ICU、HCU、SCU、MFICU、NICU、PICU、救急救命入院料等の届出病棟
- ・急性期 : 一般病棟入院基本料、専門病院入院基本料、特定機能病院入院基本料等の届出病棟
- ・回復期 : 回復期リハビリテーション病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料等の届出病棟
- ・慢性期 : 療養病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院料等の届出病棟

SCR (Standardized Claim data Ratio) とは

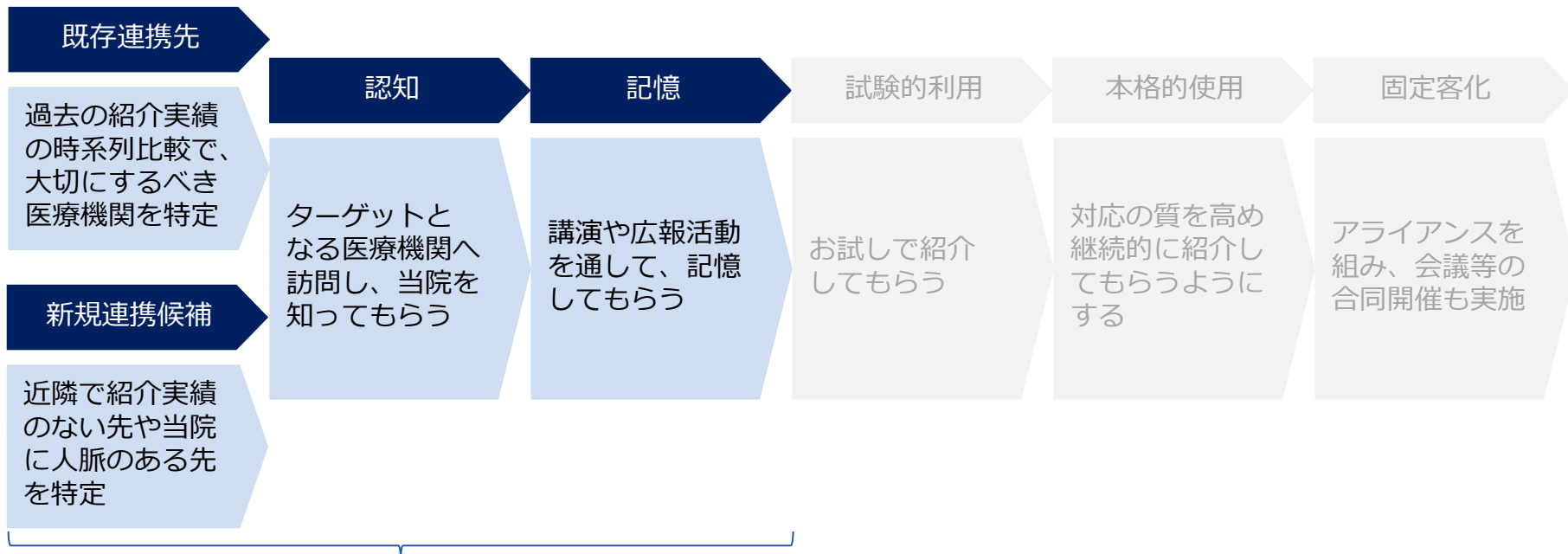
全国の性・年齢階級別レセプト出現率を対象地域に当てはめた場合に計算により求められる期待されるレセプト件数と実際のレセプト件数とを比較したもの。年齢構成の異なる地域間の比較に用いられSCRが100以上の場合は全国平均より当該項目の件数が多いとされる。

$$\begin{aligned} \text{SCR} &= \frac{\sum \text{性・年齢階級別レセプト実数}}{\sum \text{性・年齢階級別レセプト期待数}} \times 100 \\ &= \frac{\sum \text{性・年齢階級別レセプト数}}{\sum (\text{各地域の性・年齢階級別人口} \times \text{全国の性・年齢階級別レセプト出現率})} \times 100 \end{aligned}$$

連携の作り方・始め方

前提となる考え方

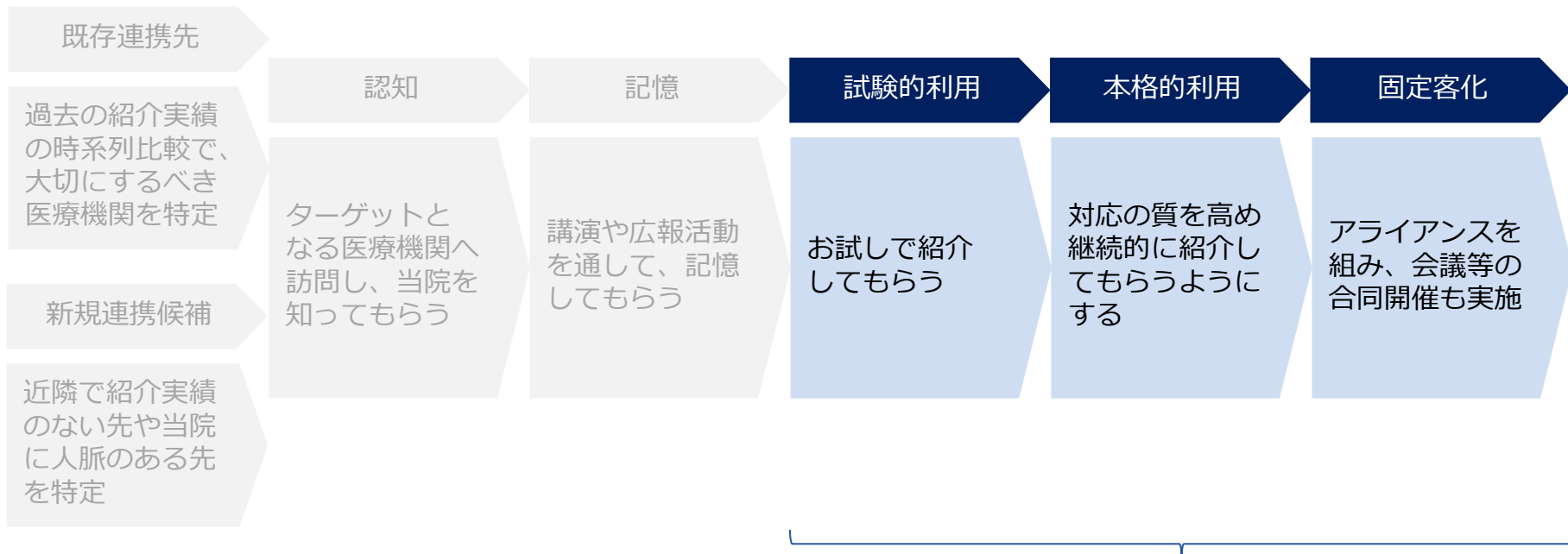
* 営業における連携プロセスのセオリー



- コロナを挟み、「記憶」にあたるような広報活動等は実施出来ている一方で、「認知」にあたる営業訪問は限定的になっていることが想定される。
- 過去の紹介実績等を鑑みて、大切にすべき医療機関を特定し、現状営業訪問している関係の深い先で網羅出来ているのか確認。それに加えて、新規の連携候補になり得る先の特定も進める。
- 訪問する際に、当院の持つ差別優位性をアピール出来るように、改めて、競合にはない当院の強みを整理することも必要だと考える。合わせて、広報物の内容も整合性が取れているか確認する。

前提となる考え方

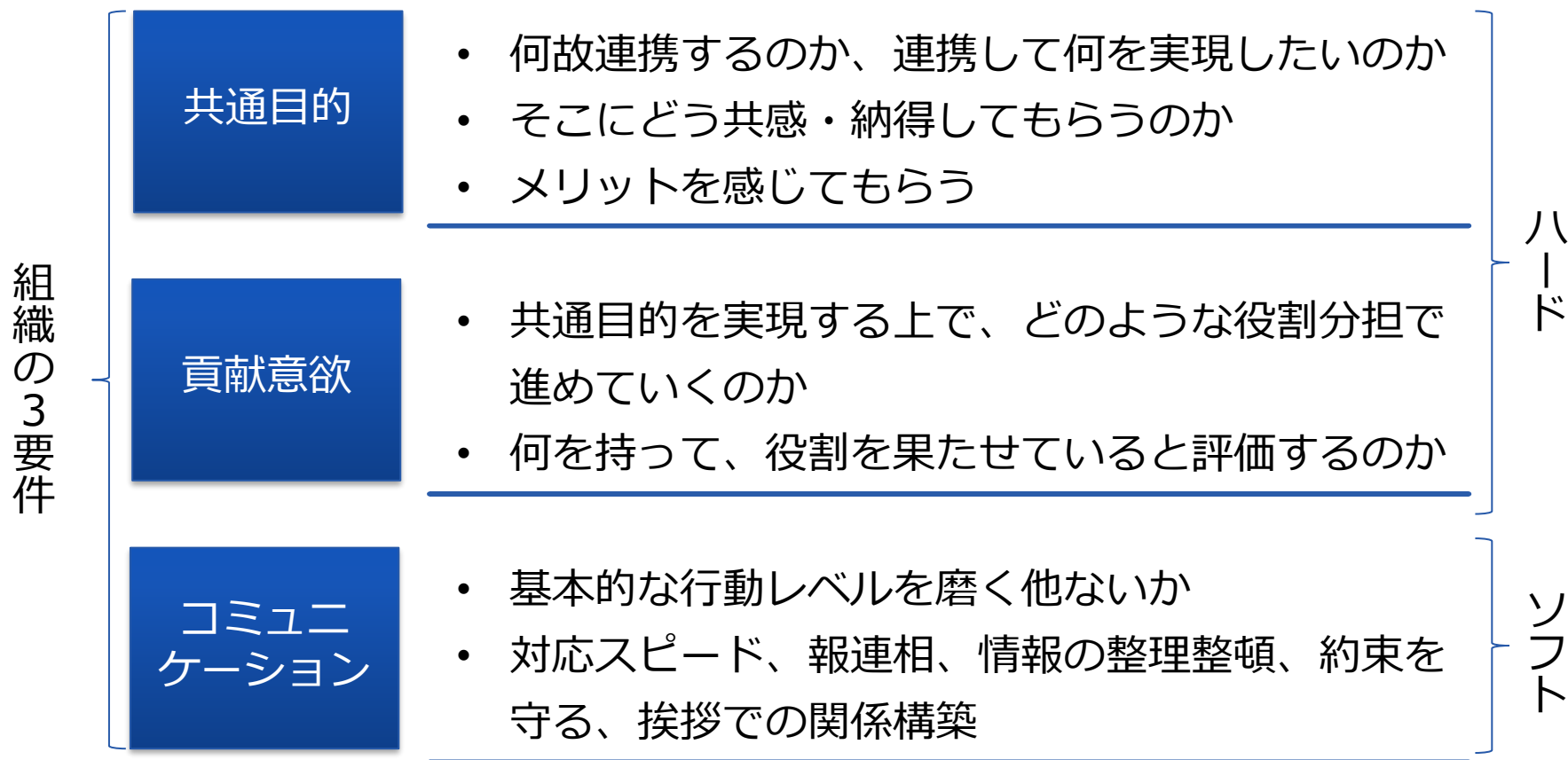
* 営業における連携プロセスのセオリー



- どこに訪問し、何を伝えるかが整理出来れば、地域連携部門を中心に、営業活動にあたる職員で進捗管理を行う。
- 試験的利用から本格的利用に移行してもらう上では、相談時の電話対応や確実な返書の送付等、院内の運用フローの見直しが必要な場合も想定される。
- 紹介ただけでも、断っていたり、応対に不満を与えていたり、改善すべき点も出てくる可能性はあり、現場実態をフィードバックし、改善する体制も整備していきたい。

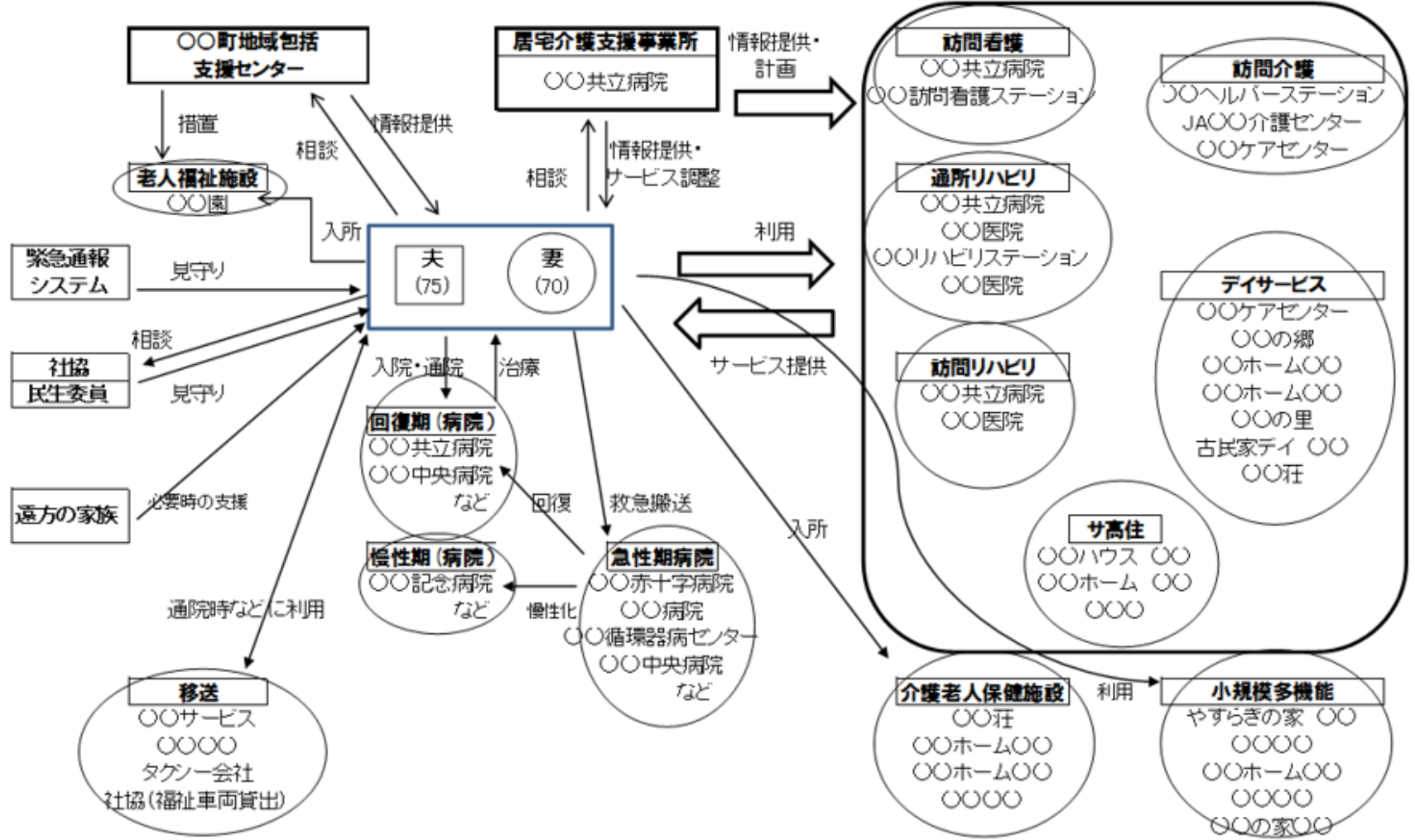
連携の捉え方を変える

- ✓ 法人外であっても、同じ地域でヘルスケアサービスを展開する共同事業者と捉えれば、要点は見えてくる。



地域ケアマップの整理

〇〇町 ケアマップ



患者・利用者ニーズの見直し

| 身体的状況：アナムネ | できる | できない |
|------------|-----|------|
| 自分でトイレへ行く | | |
| 一人でお風呂に入る | | |
| 自分で服を着る | | |
| 自分で食べる | | |
| 身だしなみを整える | | |
| | | |

| 家族の支援 | 可能 | 不安 |
|---------|----|----|
| 午前の支援 | | |
| 日中の支援 | | |
| 夕刻・夜の支援 | | |
| 食事介助 | | |
| トイレ介助 | | |
| | | |

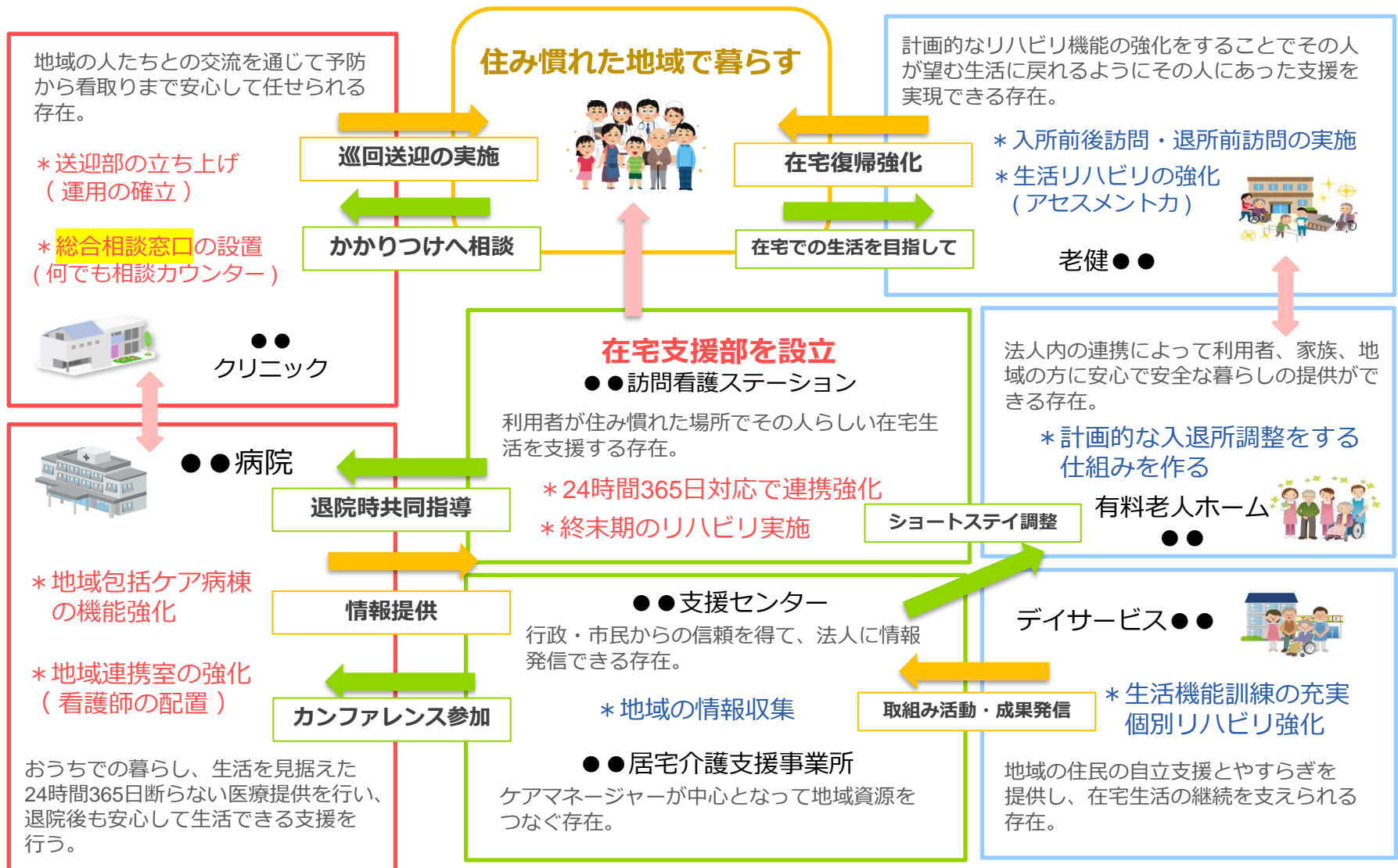
| 生活希望 | している | してみたい | 興味がある |
|---------|------|-------|-------|
| 学習・歴史探索 | | | |
| 読書 | | | |
| 料理 | | | |
| カラオケ | | | |
| 畑仕事 | | | |
| | | | |

- 身体的状況 + 家族の支援で判断し、「とりあえず」の転院先を判断していないだろうか？



患者、利用者、家族は、医療・介護サービスや機能はわからない。
ニーズのミスマッチは成果とならない。

共通目的・役割分担の可視化



(参考) 次世代リーダーの育成機会としても実施したプログラム

- ・キックオフ
→体制決定と選抜メンバーへの周知等
- ・法人の歴史と地域資源分析の実施_第1回
テーマ：法人の理念の再解釈と歴史と振り返り
- ・法人の歴史と地域資源分析の実施_第2回
テーマ：地域環境分析結果の共有
- ・法人の歴史と地域資源分析の実施_第3回
テーマ：ケアマップの共有及び地域環境分析のまとめ
- ・法人の歴史と地域資源分析の実施_第4回
テーマ：相互理解・ビジョンの検討
- ・法人の歴史と地域資源分析の実施_第5回
テーマ：ビジョンの確定（仮）
- ・●●会モデルの図式可_第6回
テーマ：●●会モデルの検討
- ・●●会モデルの図式可_第7回
テーマ：●●会モデルの確定
- ・経営陣への報告と是正対応_第8回
テーマ：●●会モデルの報告と検討
- ・経営陣への報告と是正対応_第9回
テーマ：●●会モデルの最終確認
- ・全体向け説明会_第10回
テーマ：職員への●●会モデル発表に向けた事前確認
- ・全体向け説明会_第11回
テーマ：職員への●●会モデル発表

キーワードは「繋がり」

地域の中で暮らす色々な人が（患者・利用者・職員）楽しく暮らし、満足できる社会との「繋がり」を創造

地域の中で暮らす住民が安心して暮らし続ける為の選択肢を提供
「病院」を中心にした何かあれば頼りになる繋がりあるサービスを提供

職員善し、患者様善し、地域善し、全ての世代善しの「四方善」に繋がる



病院ビジョン



【キーワード】

- ・24時間、365日
断らない救急対応
- ・在宅を見据えた医療
- ・地域連携室の強化
- ・地域への窓をオープン
- ・地域連携強化
- ・予防

(参考) 役割分担は帰属意識（ロイヤルティ行動）にも影響する

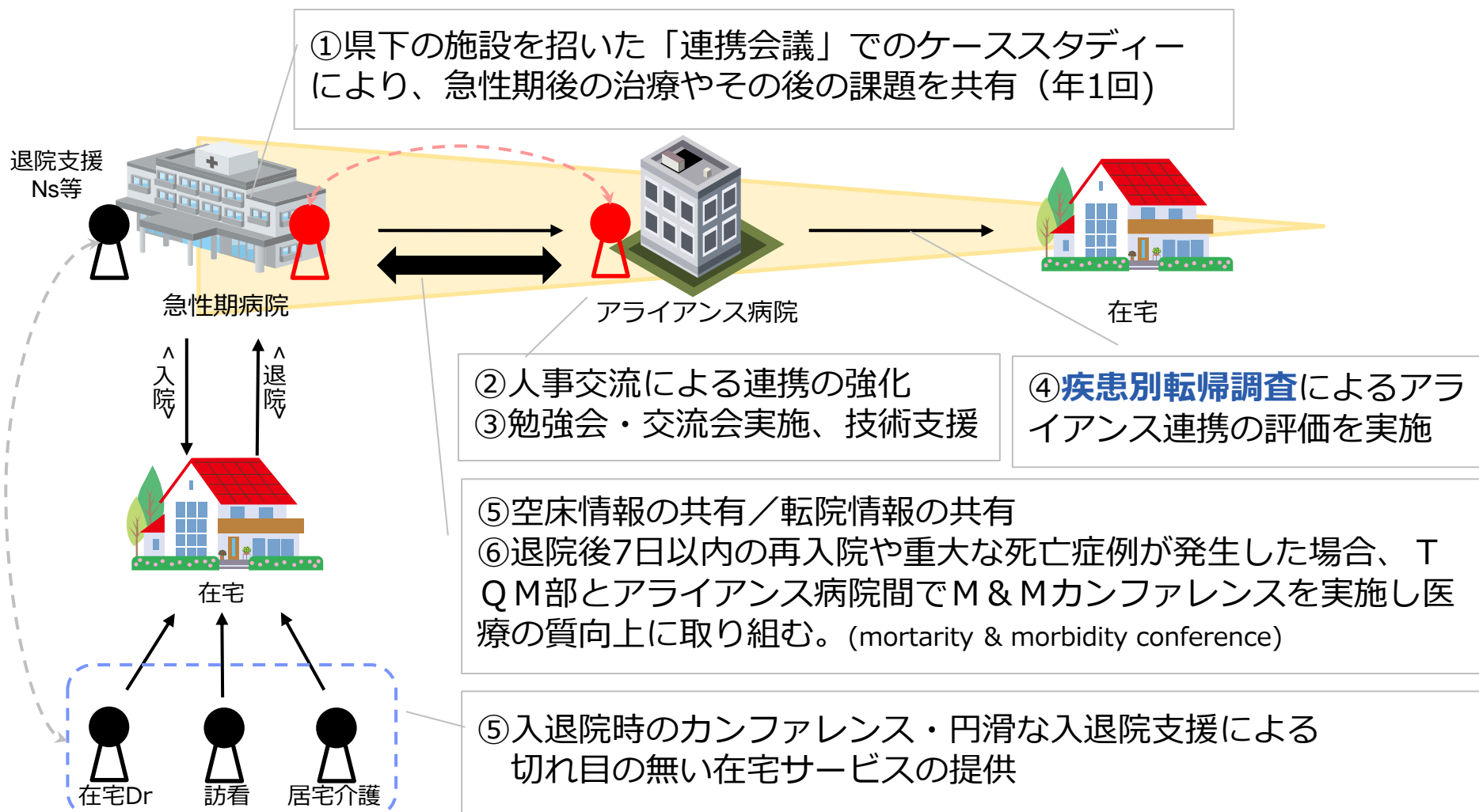
- ✓ 職員満足度の統計結果では、以下が高いと職員の帰属意識が高い傾向だった。
- ✓ どの顧客のための仕事か、役割が明確で達成感を得やすい状況であれば、組織の3要件である貢献意欲を満たせるか。

【ロイヤルティ行動にプラスの影響を与えているカテゴリと設問】

| | |
|---------------|--|
| 顧客志向 | 当院は、患者第一で物事を考えている |
| | 当院は、患者目線で医療・サービス質を向上させようとしている |
| | 当院は、患者からのクレームに誠実に対応している |
| 有能感 | 私には、自分の仕事をやりとげる十分な能力がある |
| | 私は、仕事を通じて達成感を得ている |
| | 私は、仕事を通じて自分の成長を感じる |
| 経営 リーダーシップ | 理事長は、当院の“理想像”を明示している |
| | 理事長は、当院の将来を考えた判断・決断をしている |
| | 当院は、理事長の方針に従って行動している |
| 配分上の 公平性 | 当院の給与は、個人の仕事上の努力や貢献を反映している |
| | 当院の昇進は、個人の仕事上の努力や貢献を反映している |
| | 当院では、個人の仕事上の努力や貢献に応じて、次の重要な仕事やチャンスが与えられている |
| 理念浸透 | 私は、当院の理念（哲学）を理解している |
| | 私は、当院の理念（哲学）に共感している |
| | 私は当院の理念（哲学）を実践している |

繋いで終わりにしない体制づくり

- ✓ 患者のやりとりではなく、「地域で質の高い継続医療を提供する」本来の目的を達成しようという連携。患者の全診療経過に責任を持つことを目指した取り組み。
- ✓ 稼働率105.1%/在院日数9.5日/紹介率65.6%/逆紹介率172% という実績



院内にある人脈を整理することも必要

| 近隣医療機関名 | キーマン | 当院医師名 | | | | | | |
|--------------|--------|-------|------|-------|------|------|------|-------|
| | | 磨○部長 | 清○部長 | 池○副院長 | ○木部長 | 神○部長 | 近○部長 | 麻○副院長 |
| 井○病院 | 吉○先生 | | | | ● | | | ● |
| ○○○在宅医療クリニック | 原○先生 | | | | ● | | | ● |
| 奥○外科医院 | 院長 | | | ● | | | | |
| 小○原中央病院 | 院長 | | | ● | | | | ● |
| 宮○内科医院 | 院長 | | | ● | | | | |
| 諸○整形 | 院長 | | | ● | | | | |
| 浜○外科医院 | 院長 | | | ● | | | | |
| ○医院 | 院長 | | | | | ● | | |
| さ○う内科医院 | 院長ご子息 | | | | | ● | | |
| ○○循環器内科 | 院長 | | | | | ● | | |
| 哲○内科クリニック | 院長 | | | ● | | ● | | |
| 出○外科医院 | 院長 | | | ● | | | | |
| さ○も○クリニック | 院長 | | | | | ● | | |
| あ○う眼科 | 院長 | | ● | | | | | |
| ○フ○ン○ス○病院 | 白○先生 | | ● | | | | ● | |
| ○木坂クリニック | 岩○先生 | | ● | | | | | |
| み○り病院 | 院長 | | ● | | | | | ● |
| 牧○形成クリニック | 牧○久○先生 | | ● | | | | ● | |
| 天○内科 | 院長 | | ● | | | | | ● |

連携は連携室だけの仕事？

- ✓ 組織対組織の連携であれば、トップ同士・医師同士のコミュニケーションも必要。
- ✓ 下表は、医師の行動評価表の例。役割分担の見直しは院内でも必要になるか。

| テーマ | 項目評価定義 | 問題レベル (D) | 指摘レベル (C) | 標準レベル (B) | 評価レベル (A) |
|--------|---------------------|---|--|---|--|
| 階層別テーマ | 組織人としての対応 | サービス規律や院内ルールに反する行動を繰り返している。 | サービス規律・院内ルール違反をしてしまうこともあるが、指導や助言は素直に受け入れている。 | サービス規律や院内ルールに沿って行動している。 | サービス規律や院内ルールの周知徹底に関して他の医師や多職種の模範となっている。 |
| | 多職種との連携 | 委員会やカンファレンスへの出席がほとんどなく、多職種連携を行っていない。 | 委員会やカンファレンスへ出席するも自己中心的態度で、多職種連携に支障をきたしている。 | 委員会やカンファレンスへ出席し多職種連携を行っている。 | 委員会やカンファレンスで主体的に行動し、多職種の専門性を尊重した連携を行っている。 |
| | 医師・職員の育成 | 医師や職員から求められてもアドバイスや支援をほとんどしない。 | 医師や職員から求められればアドバイスや業務の支援などを行っている。 | 積極的に医師や職員とコミュニケーションをとり、アドバイスや業務の支援などを行っている。 | 医師や職員の業務の量や進捗状況等を把握し、必要に応じて業務分担や調整等も行い、業務効率の向上に貢献している。 |
| | 職種職位上必要とされる経営参画 | 経営への貢献がない。 | 経営への貢献が不十分である。 | 積極的な経営への貢献が認められる。 | 常に経営へ貢献する提案がなされ、実践している。 |
| | コスト削減対応 | コスト削減に取り組んでいない。 | コスト削減への取り組みが不十分である。 | コスト削減への取り組みを提案し実践している。 | 部門内外でコスト削減に取り組む成果をあげている。 |
| 加点テーマ | 地域連携への貢献や地域での活動への参加 | | | 自ら進んで地域での活動に参加している。 | 地域での活動に参加し企画立案やキーパーソンとの関係構築をしている。 |
| 減点テーマ | 診療録記載 | 診療録記載ルールに従っていない。 | 診療録記載ルールの順守が不十分である。 | | |
| | ハラスメント | 罵倒、恫喝、人格否定、性的なからかい等の精神的・身体的攻撃行為があり、指導しても改善されない。 (処罰対象) | 罵倒、恫喝、人格否定、性的なからかい等の精神的・身体的攻撃行為があり、指導を受けている。 | | |

連携強化も見据えた今後の病院経営

素早い意思決定が重要

- ✓ 計画を立てる“PDCAサイクル”ではなく、“OODAループ”での事業推進でないと、VUCA時代は乗り切れない。

O:観察・情報収集

- 患者、利用者数見込み：コロナ後
 - 地域ニーズ
 - 報酬改定
 - 人事労務リスク
 - コスト比較
- など

O:方向性判断

過去 → 比較 → 行動

シナリオ・プランニング

想像 → 決断 → 行動



A:実行

リーダーのマネジメント

地域レベルで取り組むこと
↑
事業所レベルで取り組むこと
↑
部署レベルで取り組むこと

D:施策の決定

経営力の定義の変化

- ✓ これまでは妥当な戦略や計画を実行していく流れだったが、これからは何が妥当か見えにくい時代になる。

経営力 = **戦略の妥当性** × **実行の徹底**



経営力 = **意思決定スピード** × **実行の徹底**

今後の意思決定テーマ

- ✓ 自院の存在意義は何か
- ✓ 地域にどのような課題があるか
- ✓ 地域にどのような機能・役割が不足しているか
- ✓ 上記を踏まえ、自院はどのようなポジショニングを取るのか
- ✓ 不足機能がある場合、外部連携で対応するのか・自前で整備していくのか
- ✓ アフターコロナの業績改善も急がれる場合、優先施策は何か
- ✓ マネジメント体制・役割分担に見直し余地はないか

意思決定に向けた1つの考え方 | Will・Can・Must

- ◆ 様々な場面で、これらの3要素をいかにバランスよく取っていくか。
- ◆ それぞれの円をいかにして広げていくか。

理念、ビジョン、夢、志、
想い、興味、関心、嗜好等

やりたいこと

やるべきこと

できること

役割、責任、ニーズ、法令、
制度、政策等

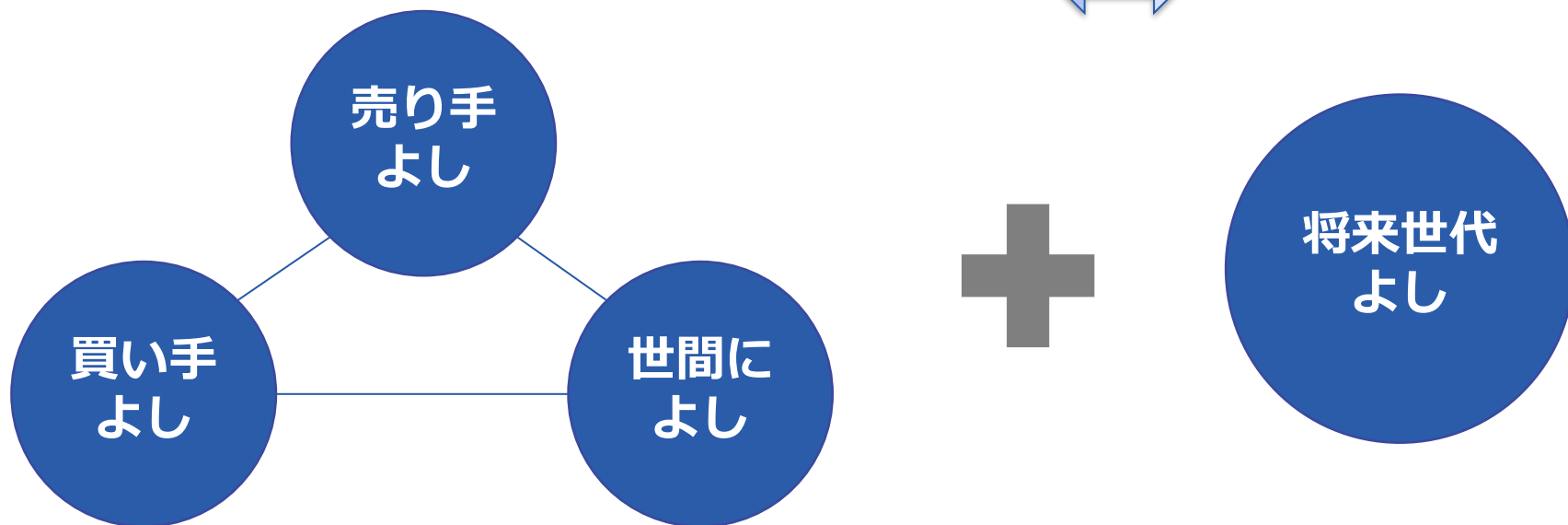
能力、技術、知識、経験、
立場、財務、人脈、連携、
人材、設備・システム、
時間、情報等

意思決定に向けた1つの考え方 | 四方善

近江商人の経営哲学（三方良しから四方良しへ）



自国第一主義



病院経営になぞらえると・・・

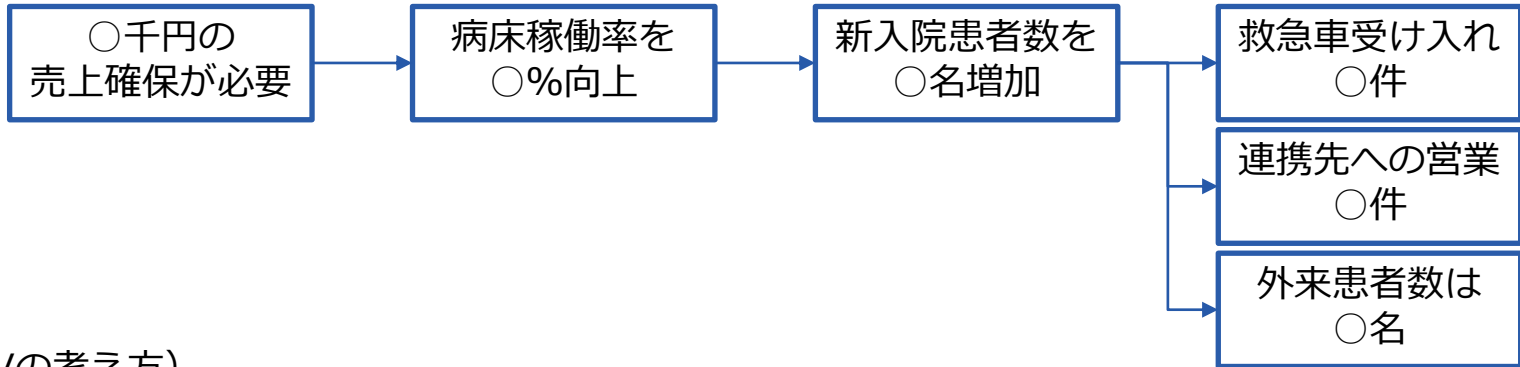
| | |
|--------|---|
| 売り手よし | 病院経営が安定するような事業であること 職員が生き生きと働ける職場であること |
| 買い手よし | 地域の患者に求められる事業であること |
| 世間によし | 闇雲に競合関係を助長するのではなく 地域の医療機関と連携し医療提供体制を構築すること |
| 将来世代よし | 将来の需要や雇用情勢を予見し先手を打ち続けること |

生涯顧客価値（ライフタイムバリュー：LTV）

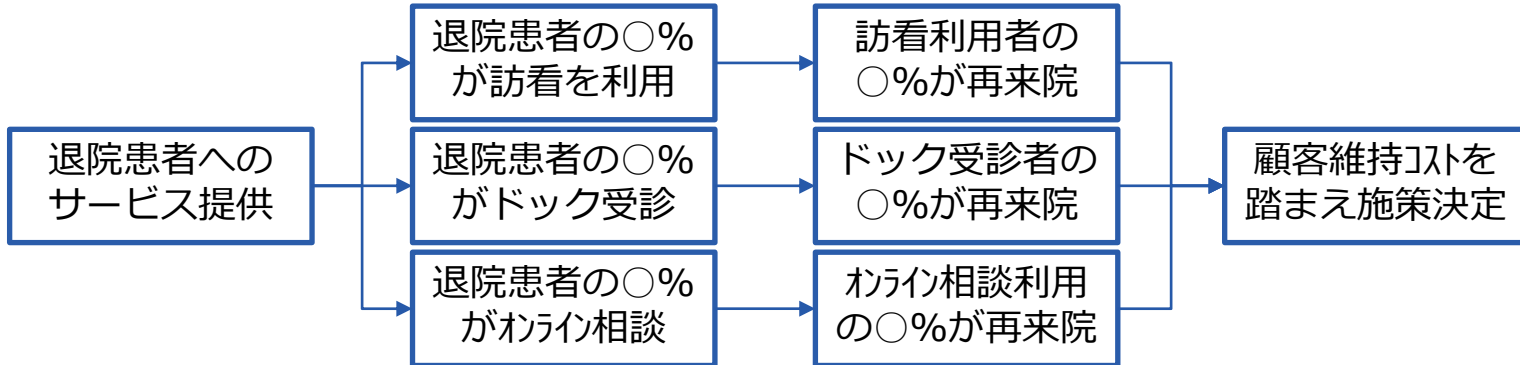
= 単価 × 粗利率 × 利用頻度 × 継続期間 - (新規顧客獲得コスト + 既存顧客維持コスト)

▶ 一時点の利益ではなく、長い時間軸で捉えることで、収益確保を図る考え方

(これまでの考え方)

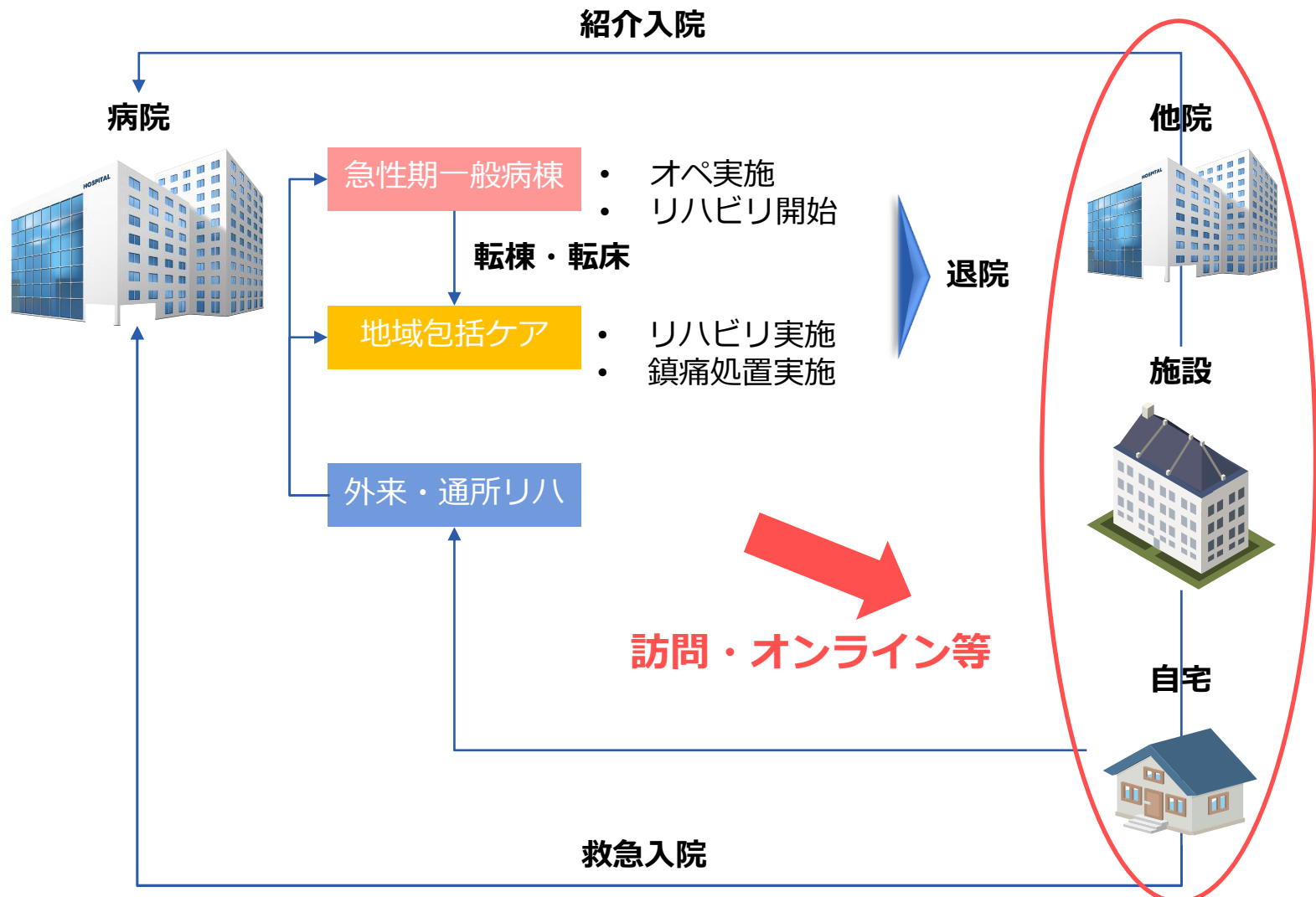


(LTVの考え方)



▶ 新規顧客獲得のみにフォーカスしていると、パイは縮小する中でギリ貧に

リピート利用いただく上での退院後アプローチ



退院後のアプローチがポイント

サービスのご案内【経営カチェッカー】

戦略的意思決定テーマ

実行マネジメントテーマ

エリアマーケティング

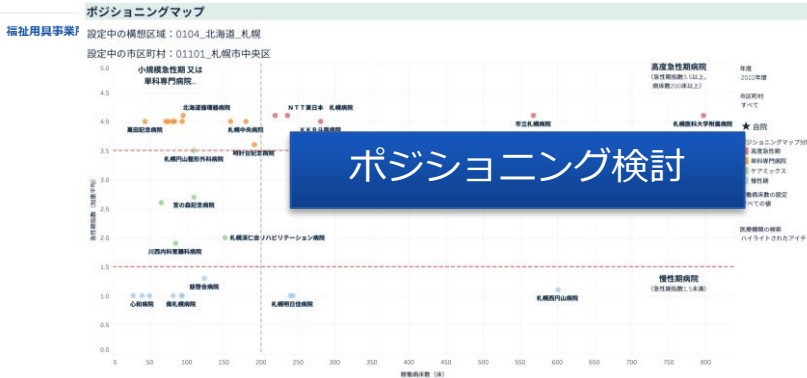


施設種類別の施設数 施設数 75歳以上1千人あたり 施設数 全国平均 (→比較する地域を変更できます)

| | | 7.24 | 11.31 |
|------------|----|------|-------|
| 介護施設数(合計) | 19 | 7.24 | 11.31 |
| 訪問型介護施設数 | | | |
| 通所型介護施設数 | | | |
| 入所型介護施設数 | 7 | 2.67 | 2.01 |
| 特定施設数 | 1 | 0.38 | 0.30 |
| 在宅介護支援事業所数 | 2 | 0.76 | 2.12 |

地域資源の定量把握

ポジショニング検討



【意欲向上のための重要カテゴリーB】

| カテゴリー | 内容 | 有能感 |
|-------|----------|-------|
| 該当設 | | |
| 設問28 | | |
| 設問29 | | |
| 設問30 | 仕事での成長実感 | 59.8% |
| 設問31 | | 56% |
| 設問32 | | 3% |
| 設問33 | | 13% |
| 設問34 | | 38% |

組織課題の可視化

このカテゴリー全体の得点の順位は、相対的に意欲が高い従業員の得点から高い順に示される傾向があります。これは、このカテゴリーが、意欲において意欲が相対的に高い従業員の仕事のやりがい



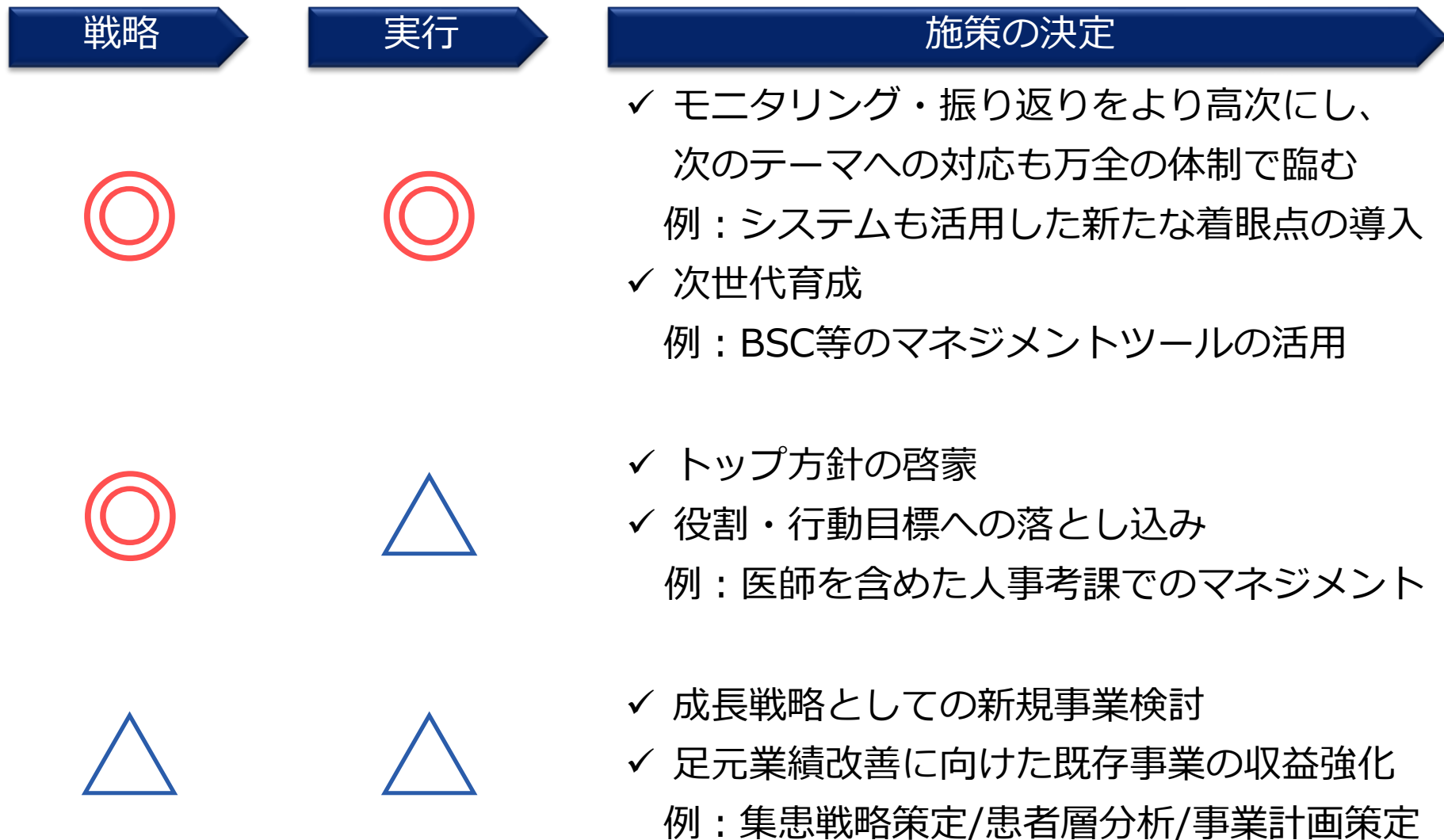
他院との結果比較



*** アンケートフォームにて、サービスの利用案内をご希望ください。**

(参考) チェック結果に応じて展開イメージ

- 戦略面と実行面の精査が、今後の施策の意思決定材料になる。



ご清聴ありがとうございました

本日の内容に関するお問合せは
日本経営 中野までご連絡ください

keita.nakano@nkgr.co.jp

080-4329-0300

北海道札幌市中央区大通西3丁目8-1 桂和大通ビル51 12F