

- ◆ 2026年度診療報酬改定に向けた論点整理
- ◆ 地域包括医療病棟への移行の状況

Vol. 160 2025
7-8月号



ボラント

Volante

医療経営の舵取りを支援する医療経営情報誌。
医療専門コンサルタントが最新の業界動向をお届けします。

<連載:第3回>

～2040年問題と政府医療DX・データヘルス改革の動向～
「医療DXの普及推進に向けた調査研究等」

2026年度診療報酬改定に向けた論点整理

～患者高齢化への対応や急性期機能の維持・確保など～

2026年度診療報酬改定に向けて、中央社会保険医療協議会（以下、中医協）では議論が行われております。2025年6月25日に開催された中医協総会では、人口動態・医療需要の動向、医療提供施設および医療従事者の状況、医療提供体制に関する取り組みなどの観点から、現状の課題について総論的に整理されました。

本稿では、その内容の一部をご紹介します。

👉 全ての診療領域で手術件数が減少見込み

我が国の人口については、全国的に生産年齢人口を中心に減少し、85歳以上を中心とした高齢者数は、2040年頃のピークまで増加すると見込まれています。ただし地域ごとにみると、高齢者人口については、大都市部を中心に増加するものの、過疎地域を中心に減少することが見込まれており、地域差があることがわかります(図表1)。この地域差が問題解決の複雑性を増している要因といえます。一方、生産年齢人口はほぼ全ての地域で減少することが見込まれています。

そのような人口動態の中、2040年の医療需要については、仮に受療率が将来にわたって現在と変わらないと仮定した場合、入院医療については次の2点について注目されています。1つ目は、2020年と比較して85歳以上の高齢者の救急搬送は75%増加すると見込まれています。2つ目は、多くの医療資源を要する手術については、全ての診療領域で、2020年から2040年にかけて、半数以上の構想区域において手術件数が減少することが見込まれています(図表2)。

これらを踏まえると、次回の改定においては高齢者救急の受け皿となる機能や高度急性期機能の集約化などに関する内容が盛り込まれることが想定されます。また外来医療については全国的にすでに需要が減少傾向であり、一方で在宅医療や訪問看護については、大半の地域で需要が増加することが見込まれています。

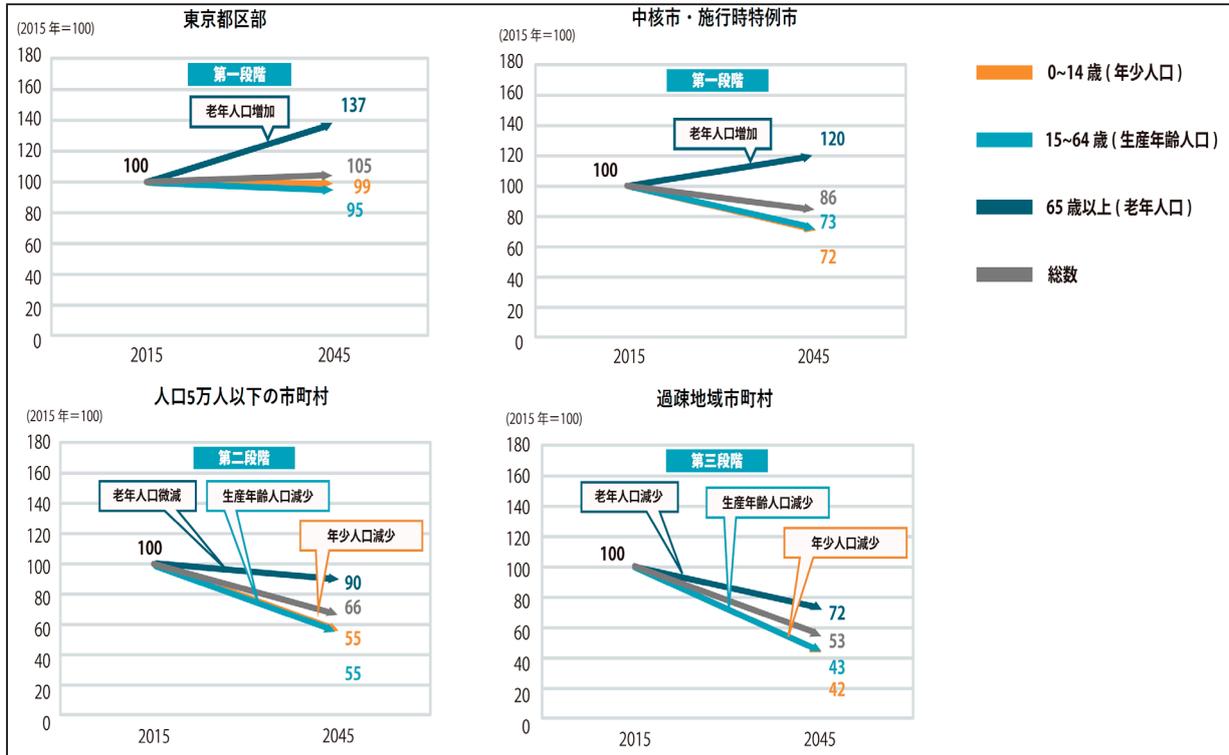
👉 40歳以上の就業看護職員数が増加傾向、セラピストは約3倍に増加

つぎに医療従事者の現況ですが、医師については総数としては増加傾向にあります。地域偏在や診療科偏在が課題となっています。厚労省の資料によると、2008年と2020年を比較した場合、リハビリテーション科や形成外科は1.5倍以上の増加となっています。一方で、外科などについてはほぼ横ばいになっています。

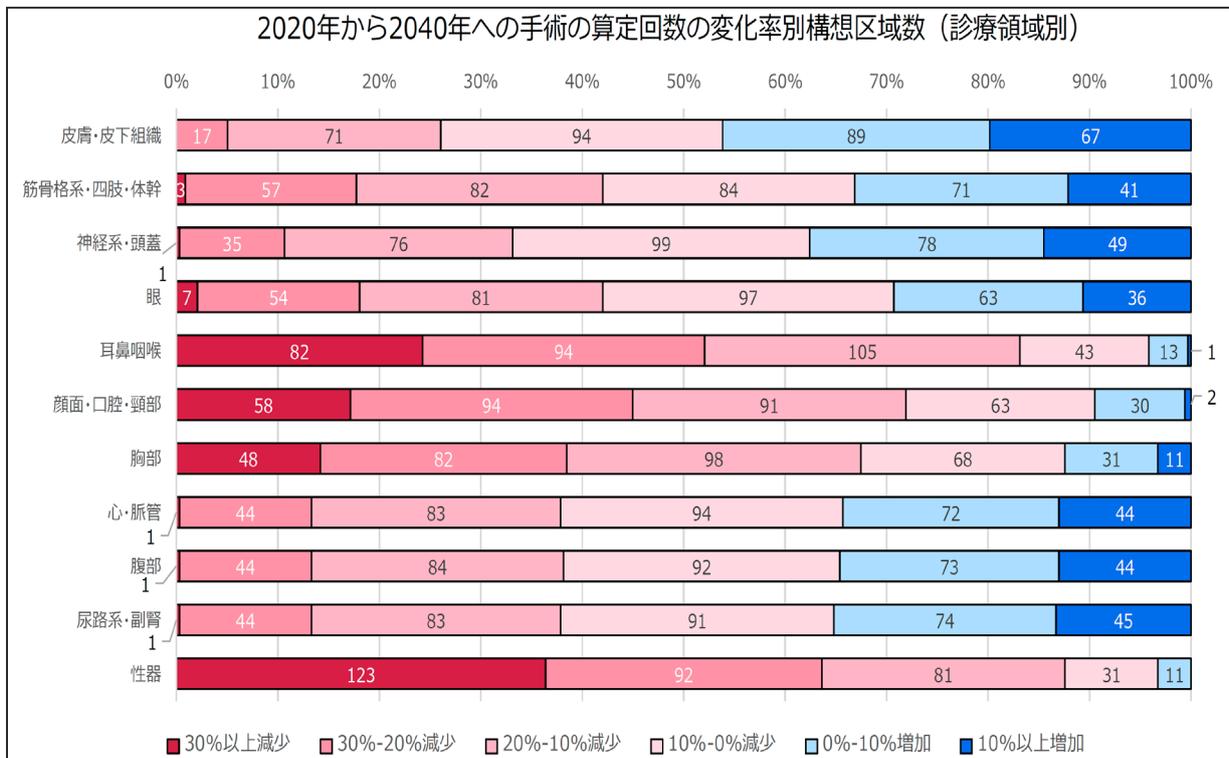
看護職員については、就業者数は増加を続け、年齢階級別構成割合の推移をみると、40歳以上の就業看護職員数が増加傾向にあります(図表3)。

また年齢階級別の看護職員の就業場所の資料では、年齢階級が高いほど介護保険施設等で就業する割合が高くなっていることがわかります(図表4)。

図表 1 地域ごとの年齢階級別人口推移



図表 2 2040年における診療領域別の手術件数の変化について



出典：厚生労働省 中央社会保険医療協議会 総会(第610回)「総－4 医療提供体制等について」(図表 1, 2とも)

これらを踏まえると、40歳以上の看護職員に病院で働き続けてもらう方策を検討する必要があると言えるでしょう。

その他の職種については、病院で働く各職種の従業者数は全体的に増加傾向にあります。特に、理学療法士と作業療法士は2005年と比べて約3倍に増加しています(2023年実績)。これは、回復期機能を有する病院が増えている状況とも一致する数字だと言えます。

👉 医療提供体制における取り組み状況

最後に2040年頃に向けた医療提供体制の総合的な改革として、「新たな地域医療構想」や「医師偏在対策」等のとりまとめが2024年12月頃に行われました。新たな地域医療構想では、病床機能の名称が見直しされました。具体的にはこれまでの「回復期機能」について、その内容に「高齢者等の急性期患者への医療提供機能」を追加し、「包括期機能」として位置づけられました。また2025年4月からは「かかりつけ医療機能報告制度」が施行されました。

今後は、多くの医療資源を必要とする手術の減少や急性期病床の稼働率低下により、医療機関の経営に影響が及ぶことが見込まれています。これに対応するため、地域の急性期医療・救急医療の維持と確保を目的として、二次医療圏の広域化の見直しや病床・病院再編の取り組みが進められています。

また、医療提供体制に関する課題は都市部と地方部で異なります。特に人口減少が進んでいる過疎地域などでは、外来医師偏在指標に基づく外来医療機能の確保、へき地医療支援事業、地域医療対策協議会による医師派遣の協議・調整、オンライン診療の

活用など、さまざまな取り組みが進められています。

さらに、看護職員の確保に向けては、「看護師等の確保を促進するための措置に関する基本的な指針」が2023年に改定され、各地でさまざまな取り組みが展開されています。

以上のような現状を踏まえ、2026年度の診療報酬改定の方向性については、特に以下の4つの観点から検討する必要があることが示されました。まだまだ総論の段階ですが、今後、これらの論点について議論が継続されていきます。

<①患者の高齢化への対応>

医療・介護複合ニーズを有する高齢者の増加が見込まれる中、「治し、支える医療」を実現する観点

<②生産年齢人口の減少>

看護師の新規養成数がピークアウトするなど、職種によっては担い手の減少が見込まれる中、医療DX、タスクシフト・シェア等の推進により、生産性の向上を図り、地域の医療提供体制の維持・確保する観点

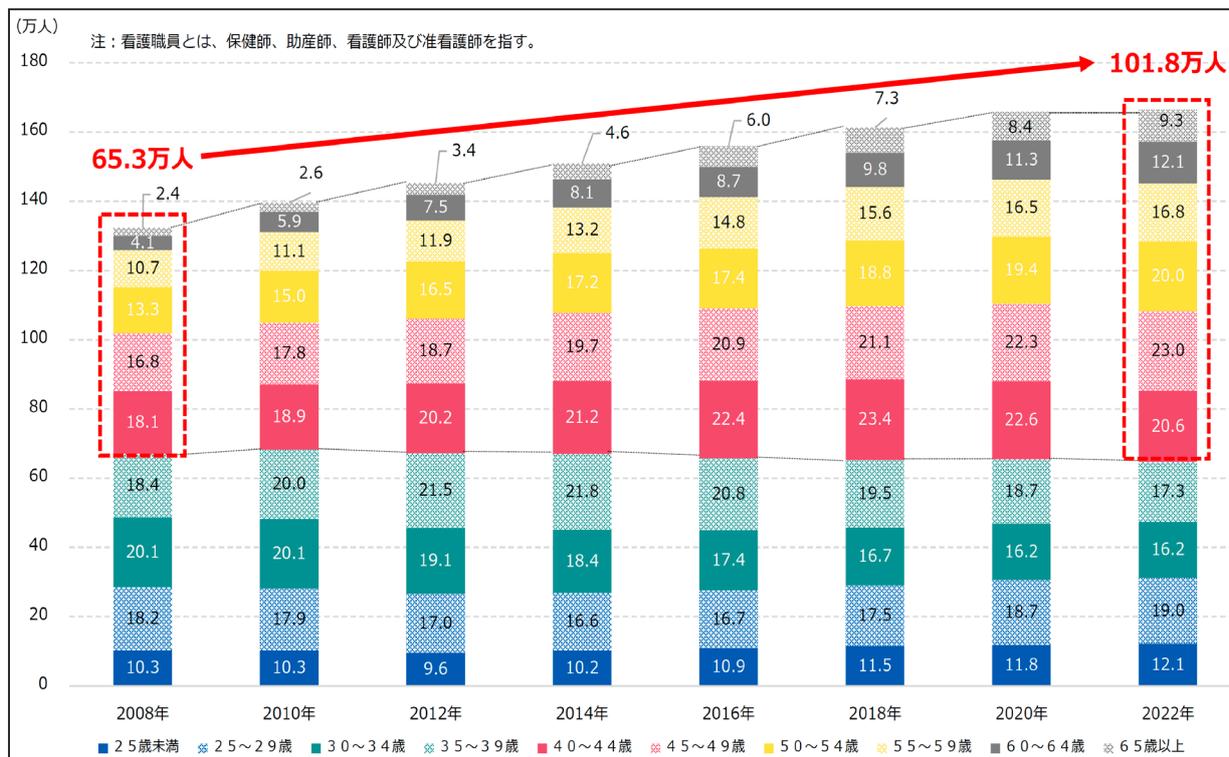
<③急性期機能の維持・確保>

多くの医療資源を要する手術等が減少し、急性期病床の稼働率の低下等により、医療機関の経営への影響が見込まれる中、急性期医療や救急医療を提供する体制を構築する観点

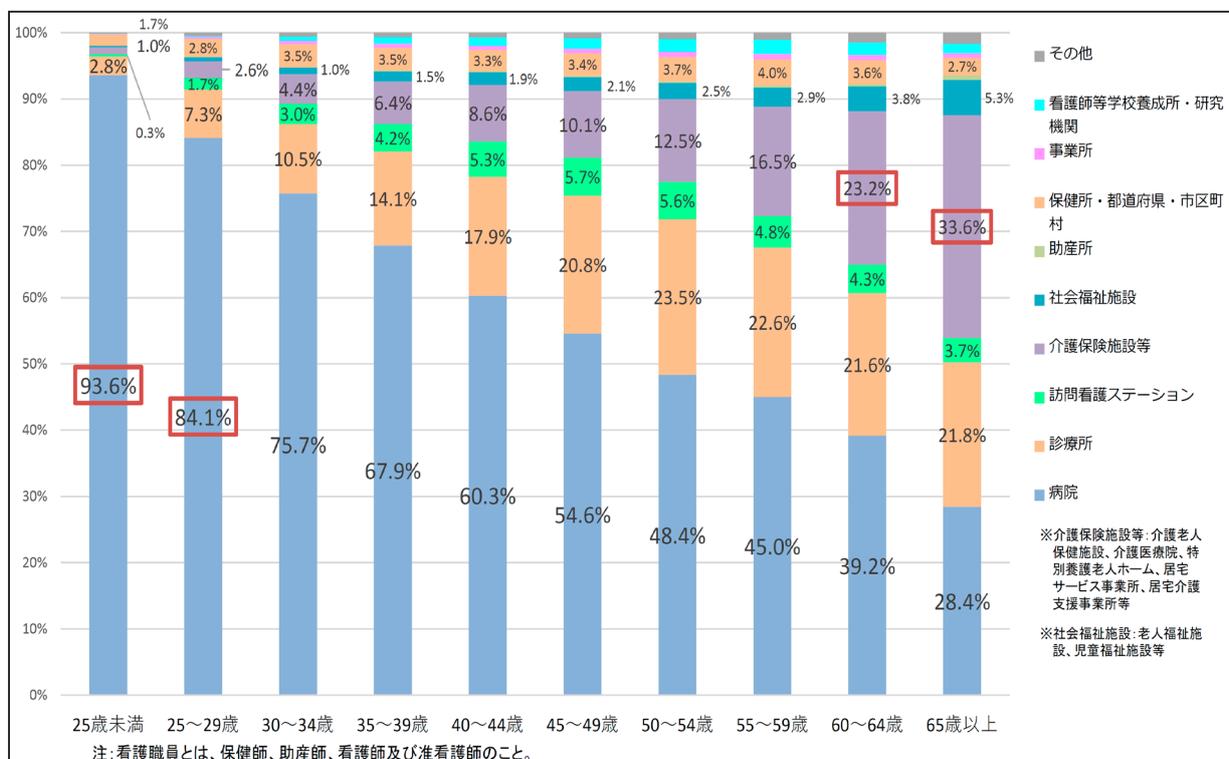
<④特に医療資源が少ない地方部の課題>

都市部と地方部で医療提供体制に関する課題が異なる中、特にすでに人口減少がより進んでいる過疎地域等において、拠点となる医療機関からの医師の派遣や巡回診療、ICTの活用等の様々な方策により、地域で不可欠な医療機能を確保する観点

図表3 就業看護職員の年齢階級別構成割合の推移



図表4 年齢階級別看護職員の就業場所(2020年)



出典：厚生労働省 中央社会保険医療協議会 総会(第610回)「総－4 医療提供体制等について」(図表3, 4とも)

地域包括医療病棟への移行の状況

～急性期一般入院料1からの移行が最多～

2025年6月13日に、中央社会保険医療協議会の「入院・外来医療等の調査・評価分科会」が開催され、厚生労働省は、2024年度の診療報酬改定で新設された地域包括医療病棟への移行の状況について分科会に報告しました。

本稿では、その内容の一部をご紹介します。

👉 地域包括医療病棟とは

地域包括医療病棟は、これまで急性期病床が対応してきた軽症・中等症の高齢者救急の受け皿となる「サブアキュート」機能に特化した病棟で、常勤のリハビリスタッフや管理栄養士等、多職種による高齢患者へのリハビリ、栄養管理等を提供し、早期の在宅復帰を目指しています。(図表1)。

地域包括医療病棟には、以下の特徴があります。

① 高齢者の救急患者に対応:

特に軽症から中等症の高齢救急患者を受け入れることを想定

② 包括的な医療サービス:

急性期治療だけでなく、リハビリテーション、栄養管理、入退院支援、在宅復帰支援など、患者の状態に合わせた医療サービスを提供

③ 在宅復帰支援:

患者が可能な限り自宅や施設で生活できるよう、退院後の生活を見据えた支援

④ 多職種連携:

医師、看護師、リハビリスタッフ、管理栄養士、ケアマネジャーなど、多職種が連携

⑤ 地域との連携:

地域の医療機関や介護施設と連携し、患者の継続的なケアをサポート。

👉 地域包括医療病棟への移行の状況

地域包括医療病棟への移行は、急性期一般入院料1の一部、急性期一般入院料2～6や地域包括ケア病棟からの転換が想定されていました。

2024年度の診療報酬改定の影響を明らかにするために行われた今回の調査では、想定通りの結果となっています(図表2)。

① 急性期一般病棟入院料1からの移行が、4割と最多で、続いて急性期一般入院料4、急性期一般入院料2、地域包括ケア病棟からの移行となっている。

② 急性期一般入院料2～6から移行した医療機関の半数程度で、移行により急性期一般入院料の届出病棟がなくなっていた。

地域包括医療病棟の届出を行った医療機関が移行した理由としては、

① 高齢者の救急搬送の増加に伴いニーズに沿った対応が可能

② 経営が安定すると考えた

③ 急性期一般病棟入院基本料等の重症度、医療・看護必要度の基準を満たすことが困難一等があげられています

一方で、休日を含め毎日リハビリを提供出来る体制の整備が困難としている医療機関も半数程度あり、厚生労働省は2026年度改定に向けデータの分析を引き続き進め、対応を検討するとしています。

図表 1 地域包括医療病棟のイメージ

背景

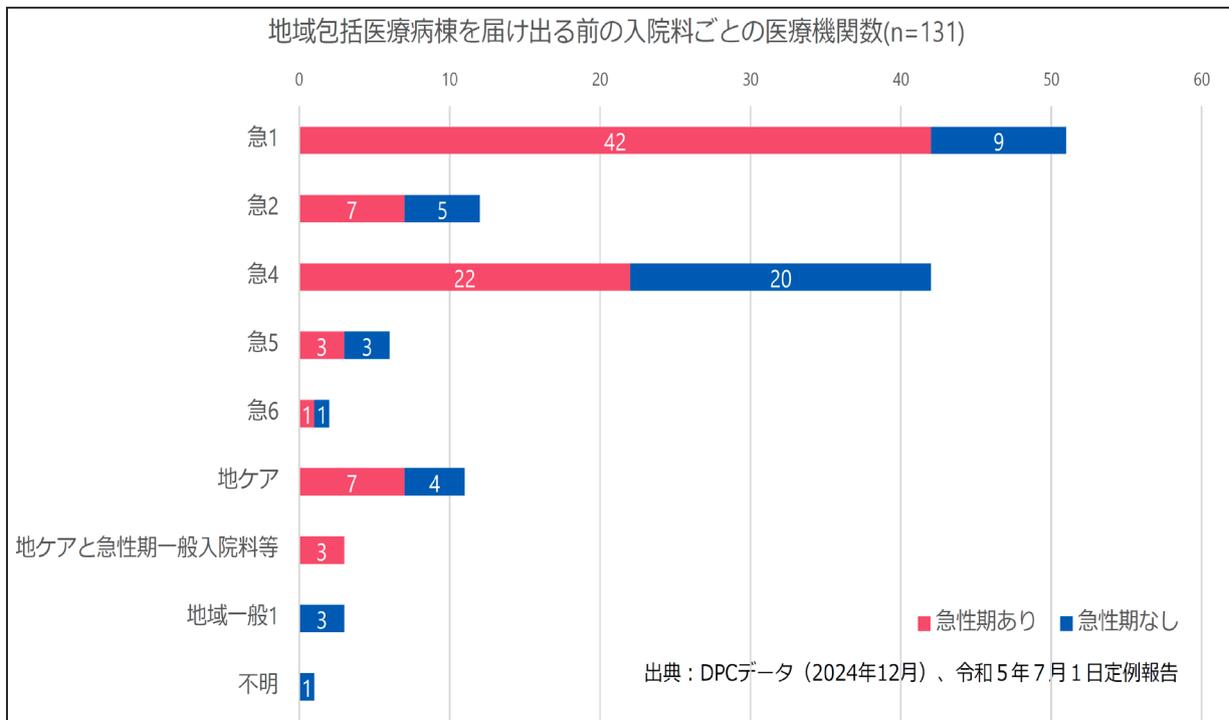
- 高齢者の人口増加に伴い、**高齢者の救急搬送者数が増加**し、中でも**軽症・中等症が増加**している。
- 急性期病棟に入院した高齢者の一部は、**急性期の治療を受けている間に離床が進まず、ADLが低下し、急性期から回復期に転院**することになり、**在宅復帰が遅くなるケース**があることが報告されている。
- 高齢者の入院患者においては、医療資源投入量の少ない傾向にある誤嚥性肺炎や尿路感染といった疾患が多い。
(高度急性期を担う病院とは医療資源投入量が**ミスマッチとなる可能性**)
- 誤嚥性肺炎患者に対し**早期にリハビリテーション**を実施することは、**死亡率の低下とADLの改善**につながることを示されている
- 入院時、高齢患者の一定割合が**低栄養リスク状態又は低栄養**である。また、**高齢入院患者の栄養状態不良と生命予後不良は関連**がみられる。

地域包括医療病棟における医療サービスのイメージ

10対1の看護配置に加えて、療法士、管理栄養士、看護補助者(介護福祉士含む)による高齢者医療に必要な多職種配置

包括的に提供

図表 2 地域包括医療病棟入院料を届ける前の入院料



出典：厚生労働省 中央社会保険医療協議会 入院・外来医療等の調査・評価分科会(第3回)資料より抜粋(図表1, 2とも)

重症度、医療・看護必要度 急性期的な医療の必要性を評価

弊社で執筆いたしました「[医療費の仕組みと基本がよ～くわかる本](#)」(第5版)(2024年度診療報酬改定に対応した最新版)を、2024年5月に秀和システムから発行しました。全国の書店などで好評発売中です。ここでは、その内容の一部を抜粋してお届けいたします。

急性期的な患者であるかどうかを評価する指標として、「重症度、医療・看護必要度」があります。患者1人ひとりについて毎日指標を測定し、ある一定の基準に該当する患者が21%*以上いることが、急性期一般入院料2の病棟の要件とされています。

👉 看護必要度 = 急性期的な医療の必要度合い

一般病棟の急性期一般入院基本料などには、「重症度、医療・看護必要度(以下、看護必要度と呼ぶ)」という施設基準が別途設定されています。看護必要度は、入院患者の急性期的な医療の必要度合いを表した指標です。2018年の改定で、看護必要度は、従来の看護職員が直接評価する看護必要度Ⅰのほかに、診療実績データから評価を行う看護必要度Ⅱが導入されました。これは看護業務の削減や、より正確なデータを取得することが狙いとなります。

👉 看護必要度Ⅱを要件とする対象病院の拡大

看護必要度は、大きく「A項目」「B項目」「C項目」の3つで構成されています。A項目は医療行為に関する指標で、「創傷

処置」や「呼吸ケア」など8種類の指標について評価が行われます。B項目は患者の日常生活動作に関する指標で、「食事の摂取が可能か」など7種類の指標で評価を行います。C項目は手術の実施に関する指標で、全身麻酔の手術などを行った患者が対象となります。

以前まで看護必要度ⅠはA項目からC項目までのすべての項目を、患者1人ひとり毎日測定を行う必要がありましたが、2020年の改定でA項目の一部*とC項目について、看護必要度Ⅱと同様に、レセプト電算処理システム用コードを用いての評価が導入されました。

また看護必要度Ⅱを要件とする急性期一般入院料の対象は、これまで「200床以上の急性期一般入院料1」および「400床以上の急性期一般入院料2～5」を届け出る病院だけでしたが、今回(2024年度)の改定で、「急性期一般入院料1を算定する

* 21%:重症度、医療・看護必要度Ⅱで評価している場合。Ⅰで評価している場合は22%以上

* A項目の一部:専門的な治療処置のうち薬剤を使用するものに限る。

200床未満の病院（電子カルテ未導入施設を除く）」や「急性期一般入院料2・3を算定する200床以上400床未満の病院」などが追加されました。

👉 基準該当患者が一定割合以上いることが要件

例えば200床以上の病院の場合、看護必要度Ⅱを用いて評価し、基準に該当する患者が「21%以上」いる病棟においてのみ、急性期一般入院料2の届出を行うことができます。なお、急性期一般入院料6の場合は、看護必要度に関する施設基準は、具体的な数値はなく、「測定していること」です。このように入院料の種類によって施設基準は異なるため、施設基準の届出を担当する事務の責任者は、内容を十分に把握しておく必要があります。

👉 2年に1度の診療報酬改定で見直し

施設基準は、2年に1度の「診療報酬改定」で見直しが行われます。看護必要度も、過去の診療報酬改定でたびたび変更が行われてきました。例えば、以前は現行の急性期入院料1と同等の7対1病棟は「25%以上」とされていました。また今回（2024年度）の改定でも、急性期一般入院料1の看護必要度が大きく見直されました。測定項目のうちB項目が除外され、A項目とC項目のみで一定基準をクリアしなければならなくなりました。

このように診療報酬は、国の方針などによって、施設基準がより厳しくなることもあれば、反対に、基準が緩められることもあります。施設基準の変更は、医療機関の経営にとって最も重要な問題の1つであるため、各医療機関の目が診療報酬改定に注がれています。

重症度、医療・看護必要度の考え方のイメージ



※1 産科の患者、15歳未満の小児患者などは除く。
 ※2 重症度、医療・看護必要度Ⅱで評価している場合



「医療費の仕組みと基本がよ〜くわかる本」

は、社会保障費の中心的な要素である医療費にスポットをあてて、図表を使ってわかりやすく医療費・診療報酬を解説した入門書です。

患者になったときの診療代はどのようになっているのか、患者さんに対し医療機関窓口で職員としてどのように対応するのかがわかります！

2024年度診療報酬改定に対応した最新【第5版】を秀和システムから発行しました。

好評発売中

～ 2040年問題と政府医療DX ・データヘルス改革の動向～

<連載:第3回>

「医療DXの普及推進に向けた調査研究等」

わが国の喫緊の課題である「超少子高齢・人口減社会」いわゆる2040年問題へ対応するためには、デジタル技術の活用が不可欠である。今回は医療DXの普及推進に向けた調査研究や政策協調活動について解説する。

保健医療福祉情報システム標準化への政策協調

一般社団法人 保健医療福祉情報システム工業会(略称:JAHIS Japanese Association of Healthcare Information Systems Industry, ジェイヒス)は、電子カルテ、介護システム(自治体・事業者)製品などを持つ374社(2025年5月現在)が会員の工業会であり、保健医療福祉情報システム技術の向上や品質・安全性の確保に関する調査・研究、標準化、政府の政策への協力などを行っている。

政府「未来投資会議」は、2018年3月に「総務省と厚生労働省、JAHISが協力し、医療機関と介護施設間のデータ流通の標準化を進め、その成果を『全国保健医療情報ネットワーク(現在の全国医療情報プラットフォームに相当)』へ反映させる」との方針を示した。筆者は、厚生労働省が設置した標準化に関する委員会に参加し、医師や歯科医師、看護師、薬剤師、介護支援専門員らとデータ項目の標準規格の策定にかかわった。

また、医療介護現場の声を聞いたうえで、地域の課題解決につながる地域医療介護連携のICT化推進や標準化を進めるために、厚生労働省や大学医学部と連携した現地調査を2012年より実施してきた。在宅主治医や訪問看護師らにインタビューした地域は30以上にもおよぶ。この調査研究事業

を通じて、地域医療介護連携ICTシステムの整備など、デジタル技術の活用は「ひとのネットワーク」が有ることが前提であり「あくまでも、ひとのつながりをサポートするために、デジタル技術が存在する」という考えが大切であると結論づけた。医療DX推進には、この考え方が不可欠である。現場を置き去りにしたデジタル化は避けなければならない。

デジタル技術を活用した在宅医療・介護・見守りユースケースの調査研究

一般社団法人 電子情報技術産業協会(略称:JEITA Japan Electronics and Information Technology Industries Association, ジェイタ)は、電子機器や電子デバイス、ITソリューションなどを製造・販売する388団体(2025年5月現在)が加入する工業会である。JEITAは、先端交通システムやスマートホームなど課題毎の部会を設置しており、筆者は医用電子機器を管掌する「ヘルスケアインダストリ部会」の配下にある「ヘルスケアIT研究会」の主査を務めている。

本研究会は、デジタルヘルスに関する市場動向や技術動向、ユースケースを調査分析した上で、政策提言を示した報告書「デジタル技術を活用した在宅医療・介護・見守りの実現のために」を2023年に発行し、関係省庁や研究機関などへ配布するとともに意見交換を行っている。

本報告書では、我が国の喫緊の課題である、超少子高齢・人口減社会の解決策(図1)を示している。日々の体調管理や生活リズム、心の変化などをIoTにより、健康・医療・介護・生活ビッグデータとして集約し、ICTで伝達することで、増え続ける独居高齢者を含む要援護者を、限られた医療介護職や行政職員、民生委員・ボランティアでも、安全に効率よく・効果的に見守ることができるようになる。

医療DXに不可欠な標準類の作成と維持には、企業だけではなく学会や職能団体との連携体制と体制の維持が不可欠であるが、

各団体からの有志によるボランティア活動では継続性に問題がある。標準類の作成は、実証事業や委託事業による公費を活用するケースがあるが、標準類の維持に対する公費投入が不可欠である。また国際標準類においては、研究者や工業会委員がエキスパートとして、時差のため深夜に行われるオンライン会議で活躍している。日本が国際標準化の主導権を握るためには、日本を代表して頑張っているエキスパートに対する公的な支援を拡充すべきである。

次回は、健康・医療・介護を支えるデジタルヘルスの事例について解説する。

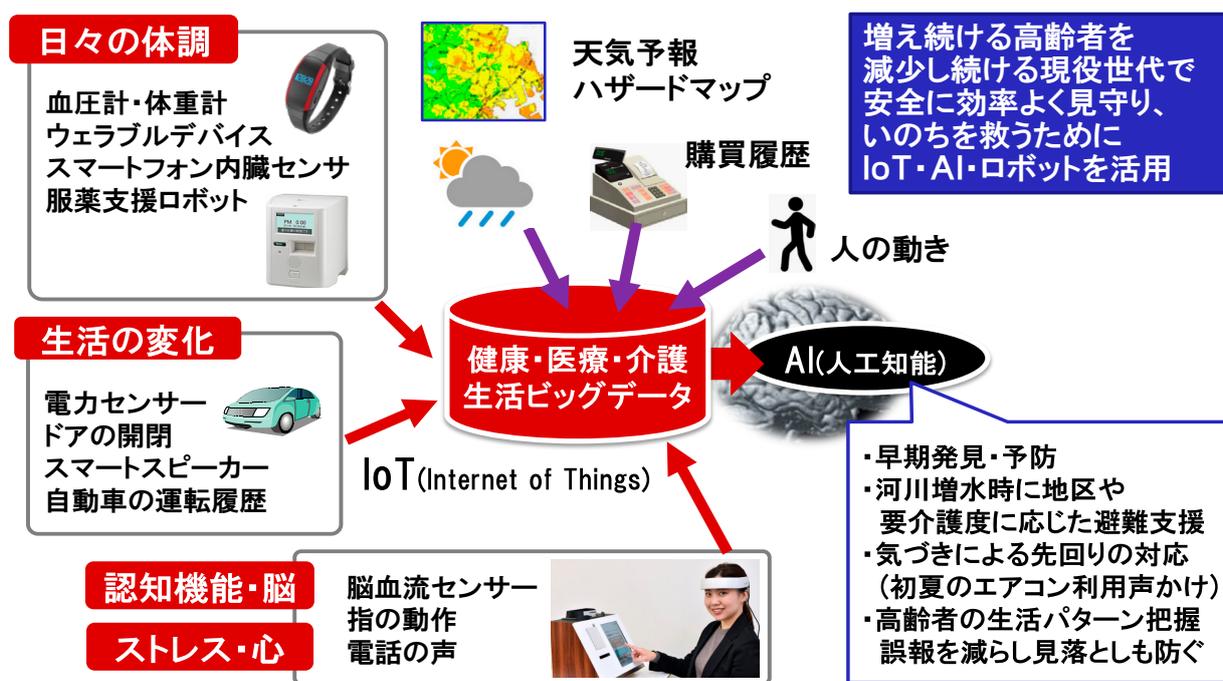


図1 超少子高齢・人口減社会を支えるデジタル技術の利活用イメージ

光城 元博(みつぎもとひろ)



富士フイルム株式会社 メディカルシステム事業部 ITソリューション部 マネージャー

上級医療情報技師、診療情報管理士、保健医療福祉情報システム工業会(JAHIS) 運営幹事、医療情報標準化協議会(HELICS協議会) 副会長、日本医療情報学会 医療情報技師育成部会 広報・渉外委員長。

2001年日立製作所入社。医療IT製品の企画、事業開発などに従事。
2021年富士フイルムヘルスケア入社、2024年より現職。

一厚生行政ダイジェスト

病床転換の助成、今後活用予定の医療機関は1～3%

療養病床の介護保険施設などへの転換を支援する「病床転換助成事業」について、厚生労働省は6月19日、この事業を今後活用予定の医療機関が1～3%にとどまるとする調査結果を社会保障審議会の医療保険部に報告しました。

厚生労働省によりますと、2008年度に始まった病床転換助成事業は2024年度までで計7,465床の療養病床の転換に活用されました。転換先として最も多かったのが介護医療院の46.3%。介護老人保健施設の42.4%と合わせて9割弱を占めました。事業の活用状況や今後の活用予定などを把握するため、厚生労働省は都道府県や医療機関を対象とする調査を2024年度に実施。回答率は都道府県で89.4%、医療機関で21.6%でした。

その結果、事業の活用実績がある病院は7.3%（28カ所）で、有床診療所は3.7%（2カ所）でした。都道府県や医療機関へのヒアリングでは、地域の介護提供体制の充実に効果があったとする意見や、事業の存在が経営判断の後押しにつながったという声もありました。一方で、今後この事業を活用予定の医療機関は、期限の2025年度末までで1.4%、2027年度末でも3.0%にとどまっています。こうした状況を踏まえて、厚生労働省はこの日の医療保険部会で2025年度末としている事業期限を延長するか否かを論点に示しました。

委員からは事業の廃止を求める意見や、単純に延長できないとする意見、当面は事業を延長するのが適切という意見など賛否両論の意見が出されましたが、これらの意見を踏まえて、厚生労働省は今後の対応を検討したうえで医療保険部会で方針を示し、年度内に結論を出す考えです。

外来データ提出加算、情報入力簡素化検討へ

中央社会保険医療協議会の「入院・外来医療等の調査・評価分科会」が6月19日開かれ、2022年度の診療報酬改定で新設された外来データ提出加算を算定するための情報入力の簡素化を求める意見が出ました。同加算の算定に当たってデータ入力のための人員確保がハードルになっていることが厚生労働省の調査で明らかになったため、厚生労働省は簡素化を検討します。

2022年度報酬改定ではデータに基づく適切な評価を推進するため、それまでの入院医療に加えて、外来、在宅、リハビリテーションの診療データを継続して提出する医療機関への評価がつくられました。診療報酬の請求状況や生活習慣病の治療管理の状況などのデータを継続して提出すれば、外来データ提出加算（月1回50点）を算定できます。外来データ提出加算の算定では、外来様式1として患者情報や介護情報、外来受診情報のほか、入院の状況、糖尿病や高血圧症といった生活習慣病などに関する情報の入力が求められます。厚生労働省が2024年度に実施した調査では、医療機関が外来データ提出加算を算定していない理由や、算定しているが困難に感じていることとして「入力のための人員が確保できない」が最も多くあげられました。

この日の意見交換では、『算定に当たり医療機関が詳細なデータまで入力する必要があるのか』との疑問を呈し、簡素化の検討を求める意見がでました。外来医療を提供する医療機関が入院の状況に関するデータを直ちに提出するのは難しいとの指摘もあります。

サイバーセキュリティ、支援病院を追加選定へ

医療機関のサイバーセキュリティ対策を強化するため、厚生労働省は外部ネットワークとの接続の安全性の検証などで病院を支援する事業について対象の選定期限を7月18日に延長し、都道府県に追加の選定を依頼しました。サイバーセキュリティを確保するための人材や予算が不足している病院の参加を呼び掛けています。

同事業で支援するのは、○ 外部ネットワークとの接続の安全性の検証・検査 ○ オフライン・バックアップ体制の整備で、対象は電子カルテシステムを導入している病院となります。2025年度中にシステム更改を予定している場合、安全性を検証するための現地調査を2026年1月までに完了できる見込みがある病院が選定対象となります。2024年度の事業で調査が完了した病院は対象外です。

同事業の選定期限は、これまで5月30日でした。申請に関する病院側の作業負担が大きいという指摘があったため、2025年度は作業量を大きく減らします。過去の申請で辞退した病院も再度、応募・指定できます。選定方法は各都道府県に一任しますが、厚生労働省では病床数の多い病院や災害拠点病院、急性期病院などを優先的に選定することを想定しています。また、各都道府県の対象数に達している場合でも全体の枠に空きがあれば支援対象とするよう求めています。

厚生労働省は同事業で、電子カルテを導入済みの約2,000カ所の病院への支援を目指しています。5月末時点で対象病院は約800カ所で、枠は十分にあるとしています。ただ、2026年度の事業継続は現時点で予定していないということです。

近年では、医療機関を標的とした「ランサムウェア」などのサイバー攻撃が増加しています。これまでのサイバー攻撃では、医療機関が把握・管理できていない外部ネットワーク接続点が起点となり、情報漏洩につながる事例も発生しています。厚生労働省は、「病院の医療情報システムへの外部接続点を把握・管理することはサイバーセキュリティ確保の第一歩であり、極めて重要」だとして事業への参加を促しています。

不要な病床の削減を明記、骨太方針決定

政府は6月13日、経済財政運営と改革の基本方針「骨太方針2025」を閣議決定しました。人口減少などに伴い不要になると推定される病床の削減など、自民・公明・維新の3党が合意した社会保障改革を明記しました。

社会保障費の伸びに関しては、「経済・物価動向等」を踏まえた対応による増加分を加算します。医療・介護現場の厳しい現状への配慮から、社会保障費の伸びを高齢化相当分の範囲に収めるこれまでの方針を転換します。それによって経営の安定や幅広い職種の賃上げに確実につながるよう「的確な対応を行う」としています。

医療・介護・障害福祉での処遇改善を進めるため、これまでに報酬改定などで行われた取り組みの効果を把握・検証し、2025年末までに結論を出せるよう検討します。

石破首相は、骨太方針に盛り込んだ諸施策を予算編成や制度改正で具体化し、速やかに実行に移すよう指示しました。不要な病床の削減は、新たな地域医療構想が施行される2027年4月までの2年間で行います。一般病床・療養病床・精神病床について、地域の実情を踏まえて調査を行った上で削減を図るとしています。

医療経営にも役立つ！ 今月のドラッカーの名言

マネジメントの父と称されるピーター・F・ドラッカーの言葉から、医療経営を担う経営者や管理者、医療現場の職員の皆さまの日々の活動に役に立つものを取り上げて発信していきます。

今月の名言

“成果を上げるものは強みに集中する。”

(P.F.ドラッカー著「明日を支配するもの」(ダイヤモンド社)より)

解説



『不得手なことの改善にあまり時間を使ってはならない。自らの強みに集中すべきである。無能を並みの水準にするには、一流を超一流にするよりも、はるかに多くのエネルギーと努力を必要とする。』

とドラッカーは説きます。

これはまた厳しい言葉だと思ってしまうかもしれませんが、どんな人でも、それぞれに強みと弱みは持っています。自分には強みしかないという自信過剰の人も見受けられますが、本当にそうでしょうか？逆に、自分には強みは無く弱点ばかりだと自信を失っている人も少なくないようです。

成果はその人の持つ強みから生み出され、弱みはいくら強化しても平凡なレベルにしかならない、というドラッカーの言葉からは、各職員の持っている弱みではなく、強みをうまく掘り起こしてそれを強化していき、個人の、そして組織の成果に結びつけていくという取組みを管理職が実践していくことの重要性を示唆していると理解すべきではないでしょうか。

医療機関の“後継者問題”でお困りの方へ 最適な候補者とのマッチングを支援します

診療所など医療機関の事業承継・M&Aなら

the 医療承継



クリニックに特化

当社は他のM&A会社とは違い、クリニックに特化した事業承継（M&A）を支援していますので、クリニックの事業承継に関する情報を豊富に取り扱っています。



医療機関専門の コンサルタントが対応

当社は医療経営に精通したコンサルタントが、アドバイザーとして担当します。事業承継だけでなく、クリニック経営に関することも含めてワンストップで相談していただけます。



25年超のコンサルティング実績

当社では、医療機関に特化したコンサルティングだけで25年以上やっています。これまで培ってきたノウハウや知見が、事業承継、その後のクリニック経営にもお役に立てると考えています。

クリニックの事業承継支援

クリニックに特化した事業承継の支援をしています。一般企業や病院、介護施設、調剤薬局などを一緒に扱っている会社もありますが、当社はクリニック専門です。これまで25年超のコンサルティング業務で培ってきたネットワークを通じて、最適な候補者とのマッチングを支援します。



◆お問い合わせ・ご相談：医療総研株式会社 森田 morita@iryso-oken.co.jp

医療総研株式会社

記事へのご質問や経営に関する
ご相談などお気軽にご連絡ください。

発行責任者：伊藤 哲雄

東京都渋谷区渋谷1-7-5
青山セブンハイツ804

TEL :03 - 6451 - 1606

FAX :03 - 6451 - 1607

e-mail : otoiawase@iryo-soken.co.jp

