

大規模急性期病院の開設に伴う医療法人 A における 経営戦略について ～COVID-19 対応と法人内の 医療・介護・障害サービス連携の在り方～

前田 文彦

キーワード：医療・介護・障害サービスの統合、チェンジマネジメント、COVID-19

1. はじめに

我が国では 2025 年に超高齢化社会を迎えるにあたり、医療や介護が必要な状態となっても、できる限り住み慣れた地域で安心して生活を継続し、その地域で人生の最期を迎えることができる環境を整備していくことが重要と考えられている。また、このような環境を構築するためには、医療・介護連携の必要性をこれまで以上に高めること（厚生労働省 2021a）や、生活支援、障害福祉施策の推進が重要になると記されている（厚生労働省 2021b）。このように「地域包括ケアシステム」の構築は必須であり、医療・介護・障害サービスの連携を強めながら、サービス提供体制を「地域完結型」にシフトすることが目指されている。

また、2019 年に厚生労働省は、がんや救急など高度な医療に関わる診療実績が少ない病院や、近隣に機能を代替できる民間病院がある病院については「再編統合について特に議論が必要」と位置づけられ、全国 424 の公的病院の再編・統合を求め、病院名が公表された。政府は、団塊の世代の全員が 75 歳以上になる 2025 年度をターゲット年とし、病気が発症した直後の「急性期」の患者向けの病院ベッドを減らす「地域医療構想」の実行を推進したい考えである。

中規模医療法人 A が位置する播磨姫路医療圏でも地域医療構想が進められ、2022 年に県立病院と社会医療法人の統合による大規模急性期病院の開設が決まっている（兵庫県 2021a）。

この播磨姫路医療圏は、将来人口は総人口が年々減少し、75 歳以上の人口は 2030 年をピークにその後減少に転じるが、介護需要は、2015 年を 100 として 2030 年には 133 となり、その後も介護需要は継続するとの推計が示されている（JMAP 2021a）。

前述した大規模急性期病院の開設は、播磨姫路医療圏における急性期医療の医療提供体制を大きく変化させると予想される。おそらく病院間の競合が激化するため、医療法人 A としては、将来、担うべき地域における役割を見据えた方針が必要となると考えられていた。

しかし、このような状況下、2019 年 12 月に中国湖北省武漢市において COVID-19 の患者が発生し、2020 年 1 月 16 日には国内初の COVID-19 の国内初の患者が報告された。国内での感染は拡大し、播磨姫路医療圏においても 2020 年 3 月に 1 例目が報告され、6 月に一旦感染者の報告は 0 になったが、7 月以降感染者は増加している（姫路市 2021a）。

この COVID-19 の感染拡大による、医療機関や介護施設等への影響は甚大であり、その収束は見えない状況にある。そのため、各医療機関・介護・障害施設においては患者・利用者の減少、院内・施設内における職員の感染による診療休止などにより経営危機に陥る施設も散見される。

本研究で対象とする医療法人 A は、1950 年に創設以来、急性期医療を担う病院として地域を支えてきた。総病床数は 440 床であるが、急性期一般病床の他、小児・周産期、緩和ケア、地域包括ケア、重度心身障害児・者の病床を有し、その実態はケアミックス病院である。さらに介護老人保健施設や訪問看護・介護を併設し医療・介護・障害サービスの基盤も有している。

このように医療法人 A は、地域が必要とした医療・介護・障害サービスの提供ができるようサービスを拡大してきた。しかしながら、これは、単にそれぞれのサービスを時宜に応じて行ったものであり、戦略的にサービスの体系化が行われてきたとは言えない。とくに医療や介護、障害各々のサービス事業は、独立性が高く、横の連携は不十分であり、同一法人であるという利点は生かせていない。

2014 年（平成 26 年）6 月に成立した「医療介護総合確保推進法」によって、「地域医療構想」は制度化された。これにより 2018 年 4 月から始まった第 7 次医療計画の一部としても位置づけられたが、医療法人 A は、この地域医療構想調整会議でも、地域に

おける医療提供体制に関しての役割を見据えた方針を打ち出せていない。

今後も COVID-19 の影響は継続すると推測され、このような状況下でも、医療法人 A は大規模急性期病院との競合戦略をとるのではなく、自法人が有している医療・介護・障害サービスを複合的に連携し、地域性を考慮した地域完結型の医療・介護・障害サービス提供体制を構築することが重要ではないかと考えている。

2. 研究の目的と方法

2-1. 目的

本研究の目的は、COVID-19 の影響下において医療法人 A が地域に根差した医療・介護・障害サービスを適切に提供し、地域性を考慮した地域完結型医療・介護・障害サービス提供体制を構築するには、どのような戦略が必要かを検討することである。

2-2. 研究方法

医療法人 A の診療圏分析を行い、医療・介護・障害のサービス需要と供給体制の地域分析、競合分析から医療法人 A のポジショニングと他施設との連携、医療法人 A の医療・介護・障害のサービス需要と供給体制分析を行い、情報をまとめる。

得られた情報を SWOT 分析し、経営戦略の根拠となる事実とその方法を示し、法人内の医療・介護・障害サービスの連携を強化した中長期的経営戦略を考察する。

さらに、医療法人 A における COVID-19 による診療実態への影響を分析し、この影響を緩和し、新たな取り組みのためにチェンジマネジメント手法を用いた工程を検討することとした。

チェンジマネジメント実行のためのステップとしては、kotter の「8つのステップ」を基盤とした、「地域包括ケアシステムにおけるチェンジマネジメント」として筒井が提案している 9 要素（筒井 2019）を用いて検討した。

3. 先行研究からの示唆

岩崎(2015)は、熊本市医療圏急性期基幹病院 3 施設（済生会熊本病院、熊本医療センター、熊本赤十字病院）の分析から、病床機能分化と連携、棲み分けができていることを明らかにし、大阪市医療圏の近隣 3 病院の「競合戦略」から話し合いによる協調を目指した「地域統合戦略」による共存を述べている。

また、呉竹(2013)は、神戸医療圏の3病院のDPC データ、救急搬送データを分析することで、「差別化戦略」および併設する高度救命救急センターをコーディネーターとする「3病院連携の救急体制」という新たな戦略を示した。

さらに、岩田(2013)は、同じく神戸医療圏3病院の循環器領域の分析を行い、都市型中規模病院が生き残るための方策として、医療機関を越えたチーム医療を推進していく必要があると述べている。

一方、川口(2017)は地域の診療圏分析から地域における病病連携による「部分競争・部分共存戦略」、病診連携による「地域共生戦略」という地域戦略を示している。

また、柿原(2020)は慢性心疾患という特定集団に焦点を当て、セルフマネジメントを通じて患者を支援する事が、明確な役割を持ったケアミックス病院の在り方として望ましく、医療・介護連携においてケアマネージャーが調整する「連携型モデルの構築」により、coordination レベルでの連携を実現し「病院完結型」から「地域完結型」における地域包括ケアシステム構築が必要であると述べている。

以上のように、これまでの研究では、医療・介護・障害の機能を水平統合させる経営戦略に関する論文は、それほど多くない。主に地域の競合病院との統合戦略による共存に関する論文、差別化戦略に関する論文、そして、地域における行政と介護・障害のintegrationに関する論文が散見される。

4. 播磨姫路医療圏域の医療提供に関わる状況

4-1. 播磨姫路医療圏域の概要

医療法人Aがある播磨姫路医療圏は、兵庫県の南西部に位置し5市6町からなる。人口は839,466人、面積2,432.14km²と広範囲であり(JMAP 2021a)西は岡山県と接している。平成30年4月の「兵庫県保健医療計画」改定での2次保健医療圏域の統合に伴い、中播磨医療圏域と西播磨医療圏域は統合され、「播磨姫路医療圏域」(図1)となっている。



(出所：日本医師会地域医療情報システム (JMAP) より作成)

図 1：播磨姫路医療圏域

高齢化率は 27.20% (JMAP 2021a) であり、2045 年には人口は 664,841 人、高齢化率は 36.51%になると推計されている。播磨姫路医療圏域は広範囲であるため、医療法人 A の診療圏と考えられる地域は旧中播磨医療圏域である姫路市・神崎郡と考えられる。

本稿では医療法人 A の分析を進めるにあたり、主としてこの旧中播磨医療圏域（以下、「中播磨地域」という）を中心に分析を進めた。中播磨地域の面積は 865.16 km²、人口は 579,154 人 (JMAP 2021a) であり、高齢化率は 25.66%である。2045 年には人口 493,795 人、高齢化率 34.24%になると推計されている (JMAP 2021a)。

中播磨地域には 26 の病院がありこのうち基幹病院として地域医療を担っているのは医療法人 A を含んだ 6 病院である。この地域は、人口に対する病院の数が多い激戦区であると考えられる。

このような中で、兵庫県の地域医療構想によると中播磨地域では急性期病床過多、回復期病床不足が顕著であり、急性期病床から回復期病床への転換推進と病院連携の推進や在宅医療への支援が必要とされている。

4-2. 姫路市の介護・障害サービス需要と供給体制

姫路市の介護認定者数は31,706人(22.2%) (2020年)であり(厚生労働省 2021c)、年々総数(表1)・認定率(表2)ともに増加している。また、中播磨地域における介護認定者数は34,188人(2020年)(表3)となっている。

このエリアでは、913の介護サービス施設・事業所(施設サービス・居住系サービス・在宅サービス)がサービスを提供している(図2)。中播磨地域では、前述したとおり2045年に向けて高齢化が進み高齢者は約20,000人増加すると見込まれており、今後、介護需要は高まることが推測されている。

中播磨地域の障害者手帳所持者は31,426人(2013年度末)で(兵庫県 2021b)、年々、増加している(表4)。また、68の施設で入所系のサービスを提供している(表5)。

兵庫県の障害者福祉計画によると重度の障害のある人、精神障害、知的障害及び聴覚障害に対応できるヘルパーの不足、入所施設の不足という課題がある。また、家族の介護負担を減らすレスパイトケアの要請からも、今後、ニーズがさらに高まると予想されている。

表1：姫路市の介護認定者数推移

	2008年 3月末	2009年 3月末	2010年 3月末	2011年 3月末	2012年 3月末	2013年 3月末	2014年 3月末	2015年 3月末	2016年 3月末	2017年 3月末	2018年 3月末	2019年 3月末	2020年 3月末	2020年 9月末
要支援 1	3,863	3,952	3,685	3,707	4,261	4,842	5,464	5,968	6,138	6,583	6,488	7,406	7,452	7,665
要支援 2	2,275	2,367	2,693	3,229	3,397	3,839	4,182	4,439	4,692	4,543	4,698	4,686	5,430	5,370
要介護 1	3,909	4,040	4,085	4,063	4,479	4,896	5,345	5,812	5,949	6,127	6,090	6,236	6,166	6,246
要介護 2	2,794	2,910	3,161	3,542	3,591	3,676	3,478	3,406	3,603	3,493	3,693	3,870	4,004	3,952
要介護 3	2,718	2,880	2,949	3,049	2,964	2,888	2,869	3,210	3,140	3,117	3,125	3,135	3,087	3,075
要介護 4	1,909	2,095	2,336	2,442	2,596	2,670	2,662	2,448	2,841	2,876	3,163	3,323	3,218	3,247
要介護 5	1,654	1,738	1,987	2,150	2,270	2,301	2,223	2,233	2,286	2,368	2,321	2,425	2,245	2,151

(出所：厚生労働省 地域包括ケア「見える化」システム)

表 2：姫路市の介護認定率数推移

	2008年 3月末	2009年 3月末	2010年 3月末	2011年 3月末	2012年 3月末	2013年 3月末	2014年 3月末	2015年 3月末	2016年 3月末	2017年 3月末	2018年 3月末	2019年 3月末	2020年 3月末	2020年 9月末
要支援 1	3.6	3.5	3.2	3.2	3.6	3.9	4.2	4.5	4.5	4.8	4.6	5.2	5.2	5.4
要支援 2	2.1	2.1	2.3	2.8	2.9	3.1	3.2	3.3	3.4	3.3	3.4	3.3	3.8	3.8
要介護 1	3.6	3.6	3.6	3.5	3.8	4	4.1	4.4	4.4	4.4	4.4	4.4	4.3	4.4
要介護 2	2.6	2.6	2.8	3.1	3	3	2.7	2.6	2.6	2.5	2.6	2.7	2.8	2.8
要介護 3	2.5	2.6	2.6	2.6	2.5	2.3	2.2	2.4	2.3	2.3	2.2	2.2	2.2	2.2
要介護 4	1.8	1.9	2	2.1	2.2	2.2	2.1	1.8	2.1	2.1	2.3	2.3	2.3	2.3
要介護 5	1.5	1.6	1.7	1.9	1.9	1.9	1.7	1.7	1.7	1.7	1.7	1.7	1.6	1.5
合計 認定率	17.6	17.9	18.2	19.1	19.8	20.3	20.4	20.7	21.1	21	21.1	22	22.2	22.2

(出所：厚生労働省 地域包括ケア「見える化」システム)

表 3：中播磨地域の介護認定者数（2020年）

	姫路市	市川町	福崎町	神河町	計
要支援 1	7,665	117	69	94	7,945
要支援 2	5,370	123	113	122	5,728
要介護 1	6,246	118	123	147	6,634
要介護 2	3,952	126	195	126	4,399
要介護 3	3,075	99	142	105	3,421
要介護 4	3,247	101	160	93	3,601
要介護 5	2,151	84	120	105	2,460
計	31,706	768	922	792	34,188

(出所：厚生労働省 地域包括ケア「見える化」システム)

表 4：中播磨地域の障害者手帳所持者数

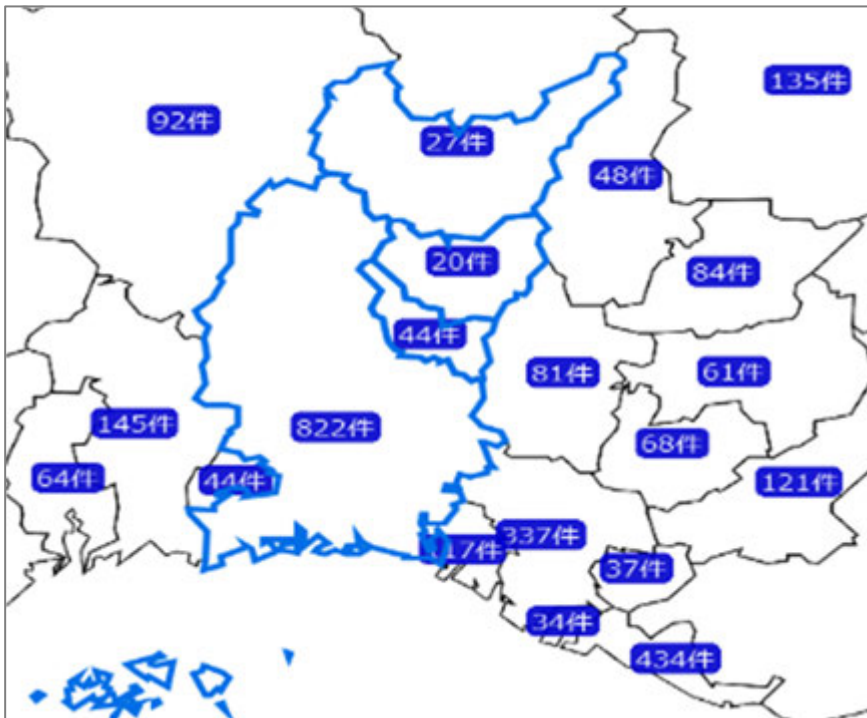
	2007年度末	2010年度末	2013年度末	対 2010年度末比
身体障害者	20,836	22,942	24,295	105.9%
知的障害者	3,120	3,632	4,182	115.1%
精神障害者	1,979	2,425	2,949	121.6%
計	25,935	28,999	31,426	108.4%

(出所：ひょうご障害者福祉計画)

表 5：中播磨地域の障害者入所系事業所数

	グループホーム 事業所	入所支援事業所	計
姫路市	42	21	63
福崎町	1	1	2
市川町	0	1	1
神河町	1	1	2
計	44	24	68

(出所：姫路市 HP などから筆者作成)



(出所：厚生労働省 地域包括ケア「見える化」システム)

図 2：中播磨地域における介護サービス施設・事業所数

4-3. 医療法人 A の概要

医療法人 A は急性期医療を中心に、救急医療・周産期医療・小児医療・緩和ケア医療に取り組んできた。また、中播磨地域で不足している回復期の医療に取り組むため、急

性期病床を回復期病床に転換し、地域包括ケア病棟も設置した。さらに医療型重度障害児・者病床を開設し、重度障害医療にも取り組んでいる。併設施設は、介護老人保健施設、居宅介護支援事業所、居宅サービス事業所、訪問看護ステーションを有し介護分野のサービスも提供している。

法人の附帯事業として、メディカルフィットネス事業を展開し、地域住民に対する「健康増進」に積極的に取り組み、介護予防・ロコモティブシンドローム予防等の予防医学に取り組んでいる。さらに、メディカルシミュレーションセンターにて、職員・救急救命士及び地域医療機関のスタッフ育成を行っている。また、介護、看取りシミュレーション研修も行っている（表6）。

表6：医療法人Aの概要

項目	内容	
診療科目	内科、呼吸器内科、消化器内科、消化器・肝臓内科、腎臓内科、神経内科、人工透析内科、緩和ケア内科、外科、消化器外科、乳腺外科、肛門外科、内視鏡外科、小児外科、整形外科、形成外科、小児科、皮膚科、泌尿器科、産婦人科、眼科、耳鼻いんこう科、アレルギー耳鼻いんこう科、リハビリテーション科、放射線科、病理診断科、麻酔科、救急科、歯科	
許可病床数	440床	
(病床機能別)	高度急性期機能 4床 (特定集中治療室) 急性期機能 280床 回復期機能 54床 (地域包括ケア病棟)	慢性期機能 102床 (緩和ケア病床、医療型重度障害児者病床)
職員数	967人	
外来患者数	723人 (1日平均)	
平均在院日数	16.7日 (急性期 11.3日)	
病床稼働率	81.7% (一般病床 78.3%)	
介護老人保健施設	100床	
病床稼働率	98.9%	
附帯事業	訪問看護・居宅介護支援・介護サービス・メディカルシミュレーション・メディカルフィットネス	

(出所：2019年度末データを基に筆者作成)

4-4. 同一医療圏における大規模急性期病院の開設

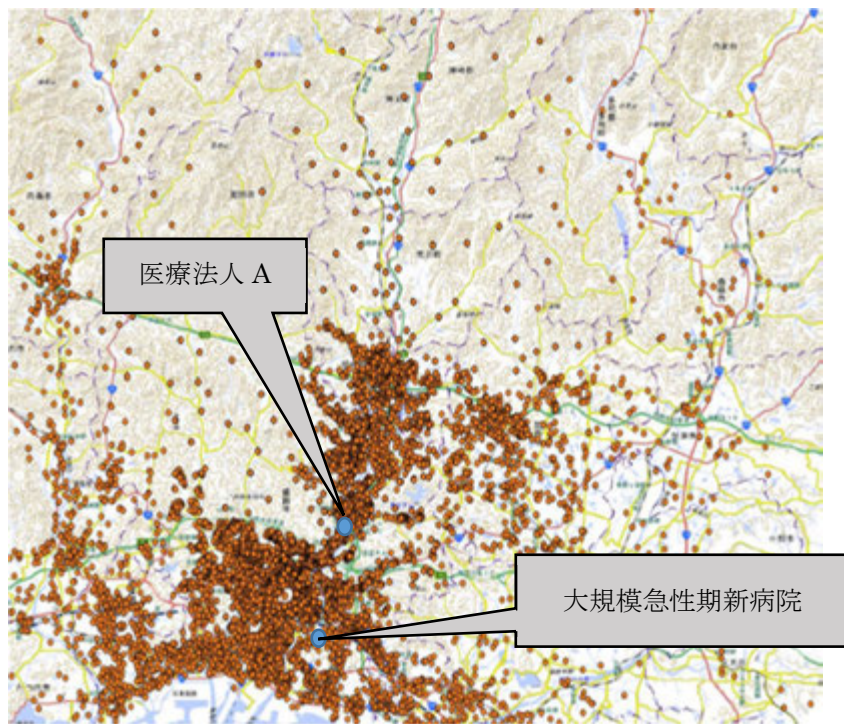
中播磨地域は前述のように、人口に対し、病院数が多いにもかかわらず、基幹病院のうち、循環器疾患中心の高度専門医療を提供するB県立病院と重症外傷などの一般救

命医療を提供するC社会医療法人が統合し、736床の高度専門・急性期医療を提供する大規模急性期病院（以下、「X病院」という）が2022年に開院予定である。しかも、このX病院は姫路市の中心部に移動し、現行より、アクセスが格段に向上する。

このため、中播磨地域におけるマーケットや、そのシェアは大きく変化すると予想される。このX病院は、当初は紹介患者と3次救急のみの受入れとなっていたが、開設前の説明会で2次救急も受入れると方針が変更された。

医療法人Aの来院患者の分布は、中播磨地域の北部と南部両方からの来院であり（図3）、南部からの来院患者はX病院との競合が予想される。おそらく、患者は、X病院が開院すれば大きく減少すると予測される。

医療法人Aとしては、北東部の加西市をドミナントとして追加し、さらに医療だけでなく、介護や障害を含めた統合サービス提供を積極的に行っていく必要があると考える。この地域では医療圏域は異なっているが、総合的な医療を提供する病院が市民病院の1病院のみであり、市の中心部から医療法人Aまでの所要時間は約20分と時間的にもドミナントとして設定可能と考える。この市民病院とは産科の分野では、すでに連携していることから、他の診療科も含めた密接な診療連携の実現が必要とされる。



（筆者作成）

（図3）医療法人Aの来院患者分布（2020年度）

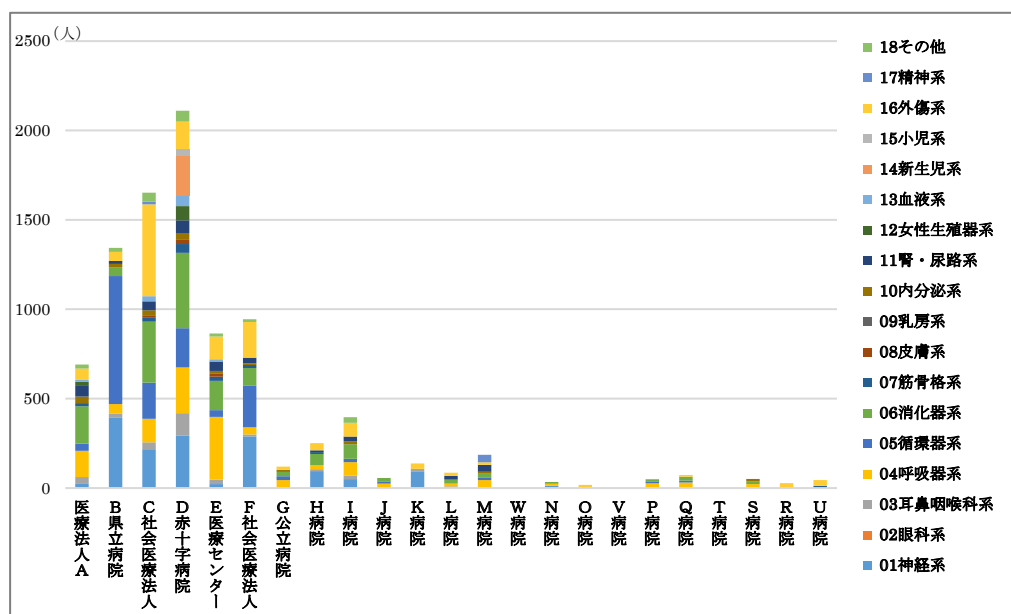
5. 中播磨地域における医療法人 A の患者マーケット・シェア分析

5-1. 医療法人 A のポジショニング

中播磨地域における医療法人 A のポジショニング及びシェアを以下に示す。

5-1-1. 医療サービス供給体制

医療法人 A の中播磨地域における MDC 別救急車による搬送患者数（691 人）は、6 基幹病院の中で最低である（図 4）。医療法人 A の救急患者の多くは、呼吸器系（146 人）と消化器系（208 人）の患者であり、外傷系（63 人）や循環器系（41 人）・脳神経系（23 人）の患者が少ないことがうかがえる。循環器系・脳神経系は診療科を標榜していないためと考えるが、外傷系については、受け入れを増加させる努力が必要と考える。



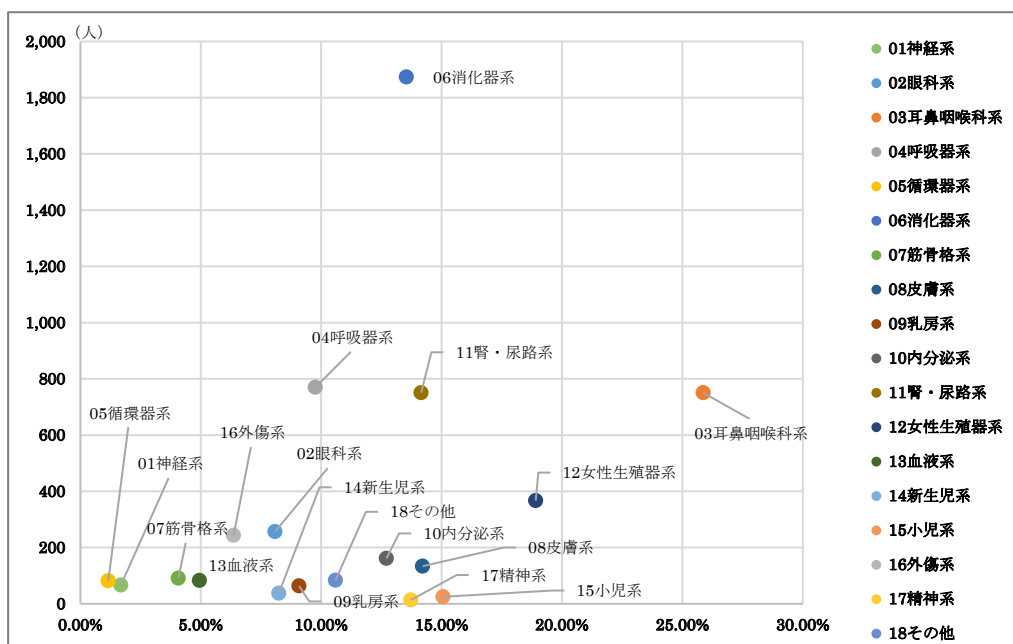
(出所：令和元年度 MDC 別患者数（厚生労働省）より筆者作成)

図 4：中播磨地域における MDC 別救急車による搬送患者数

医療法人 A の MDC 別患者数シェアは耳鼻咽喉科系、女性生殖器系、小児系、皮膚系、腎・尿路系、精神系、消化器系、内分泌系の順でシェアが高くなっている。

クープマンの目標値によるシェアに当てはめると、市場影響シェアである 26.1%以上のシェアを有する系列はなく、並列的上位シェアである 19.3%以上の診療科系は耳

鼻咽喉科系（25.86%）のみである。市場的認知シェアである10.9%以上のシェアを有する系列は女性生殖器系（18.91%）、小児系（15.06%）、皮膚系（14.21%）、腎・尿路系（14.15%）、精神系（13.73%）、消化器系（13.54%）、内分泌系（12.71%）となっている。市場的存在シェアである6.8%以上のシェアを有する系列は、呼吸器系（9.76%）、乳房系（9.08%）、新生児系（8.24%）、眼科系（8.08%）、市場橋頭堡シェアである2.8%以上のシェアを有する系列は、外傷系（6.36%）、血液系（4.95%）、筋骨格系（4.07%）となっている（図5）。



（出所：令和元年度在院日数の平均の差 MDC 別（厚生労働省）より筆者作成）

図5：医療法人AのMDC別中播磨地域シェア

5-1-2. 介護サービス供給体制

医療法人Aにおける要介護者の受入れは、2019年度は延べ36,196名であり1日平均約99名である。中播磨地域における入所施設の定員合計は4,086名であり（表7）、各施設の稼働率を概ね95%と考えると、中播磨地域での入所者のシェアは約2.55%程度である。

また、通所に関しては2019年度の延べ利用者は8,375名であり1日平均約28.7名である。中播磨地域における通所施設の定員合計は7,248名（表8）であり、シェアは約0.4%程度である。

表 7：中播磨地域における入所施設の定員

	姫路市	福崎町	市川町	神河町	計
介護老人福祉施設	2,118	100	60	136	2,414
介護老人保健施設	968	0	0	78	1,046
介護療養型医療施設	248	0	0	0	248
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	351	27	0	0	378
計	3,685	127	60	214	4,086

(出所：厚生労働省 地域包括ケア「見える化」システム)

表 8：中播磨地域における通所施設の定員

	姫路市	福崎町	市川町	神河町	計
通所介護	3,600	199	145	110	4,054
地域密着型通所介護	1,208	38	0	20	1,266
通所リハビリテーション	951	100	0	30	1,081
認知症対応型通所介護	62	24	0	0	86
小規模多機能型居宅介護（宿泊）	172	18	4	9	203
小規模多機能型居宅介護（通い）	399	43	12	18	472
看護小規模多機能型居宅介護（宿泊）	43	0	0	0	43
看護小規模多機能型居宅介護（通い）	43	0	0	0	43
計	6,478	422	161	187	7,248

(出所：厚生労働省 地域包括ケア「見える化」システム)

5-1-3. 障害サービスの供給体制

姫路市障害福祉推進計画（姫路市 2021b）によると計画相談支援、生活介護、移動支援事業、短期入所の順でサービス利用が多い（表 9）。医療法人 A の障害分野のサービスは、住まいの場としてのサービスである施設入所支援の利用者数は 578 名であり、シェアは約 13.62%、在宅生活を支援するサービスである。重度心身障害児・者の受け入れは、入所定員 80 名、短期入所定員 8 名、通所定員 10 名で 2020 年度の受入れは、入所が平均 78.75 名、短期入所が平均 5 名、通所が平均 20.25 名（表 10）であった。短期入所サービス利用者数は、1,106 名でありシェアは約 0.45%、昼間の生活を支援するサービス（生活介護・療養介護）である通所サービス利用者数は 1,326 名でシェアは約 1.53%であった。

表9：姫路市における障害福祉サービス利用者数

サービス区分	サービス種類	利用者数	事業所数
在宅生活を支援するサービス	居宅介護	799	94
	重度訪問介護	63	92
	重度障害者等包括支援	0	0
	短期入所	1,106	17
外出を支援するサービス	同行援護	155	42
	行動援護	19	6
	移動支援事業	1,131	54
昼間の生活を支援するサービス	生活介護	1,253	52
	療養介護	73	1
	地域活動支援センター	247	6
	訪問入浴サービス	26	4
訓練のためのサービス	就労移行支援	92	10
	就労継続支援（A型）	223	13
	就労継続支援（B型）	1,017	63
	自立訓練（機能訓練）	14	1
	自立訓練（生活訓練）	13	2
	宿泊型自立訓練	3	1
住まいの場としてのサービス	共同生活援助	236	44
	施設入所支援	578	9
	福祉ホーム	16	1
相談支援に関するサービス	計画相談支援	3,230	36
	地域相談支援（地域定着支援・地域移行支援）	12	13
	障害児相談支援	1,008	25
児童福祉に関するサービス	児童発達支援	213	14
	放課後等デイサービス	779	35
	保育所等訪問支援	96	7
意思疎通に関するサービス	意思疎通支援事業	236	1
預かり支援のためのサービス	日中短期入所	977	8
	タイムケア	425	5

（出所：姫路市障害福祉推進計画）

表 10：医療法人 A における障害福祉サービス利用者数（2020 年度）

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	平均
入所	78	77	77	79	80	80	79	78	79	79	79	80	78.75
短期入所	8	1	2	13	2	2	15	10	3	1	0	3	5.00
通所	18	19	19	21	21	20	21	21	20	20	20	23	20.25

（筆者作成）

5-2. DPC データの分析

医療法人Aの平均在院日数指標は、1.0209で全国平均並みである。患者構成指標は0.8009で、複雑な患者割合が少ない傾向であった（図6）。

患者構成指標・在院日数指標の2017年度から2019年度の推移をみると、患者構成指標は0.7986から0.8009で大きな変化はないが、在院日数指標は、0.9451から1.0209と年々高くなっているため、在院日数が短縮されている事がうかがえる（図7）。

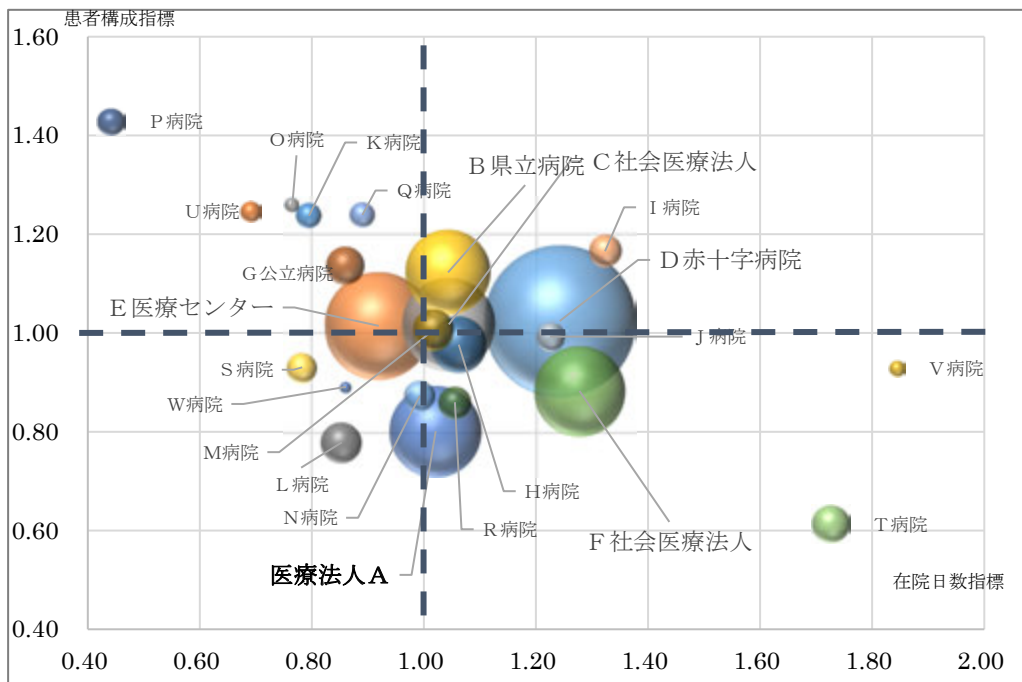
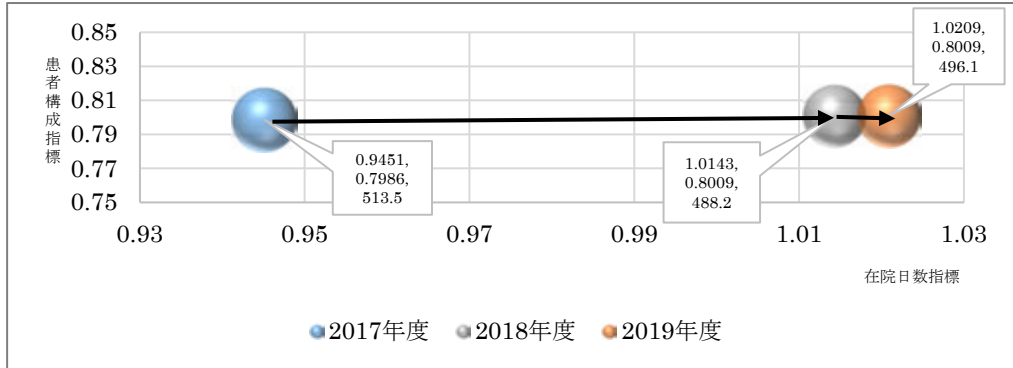


図 6：中播磨地域 患者構成指標 × 在院日数指標



(出所：2017・2018・2019年度在院日数の平均の差MDC別（厚生労働省）より作成）

図7：医療法人Aの指標の推移

5-3. 医療法人Aからの退院先の状況

医療法人Aにおける2019年度の入院患者の退院数は7,838人、2020年度の退院患者数は7,252人であった。自宅に退院した人数は2019年度7,427人、2020年度6,765人で、自宅外への退院は、2019年度411人、2020年度487人であった。

自宅外に退院した患者のうち、法人内施設や訪問看護を利用した者は2019年度61人（14.8%）、2020年度74人（15.2%）であった（表11）。

表11：医療法人Aの退院先状況

	病院（一般）	病院（回復期）	病院（地域包括）	病院（医療療養）	病院（介護療養）	病院（精神）	老人保健施設（自法人）	老人保健施設（他法人）	老人ホーム	サ高住	グループホーム	ホームホスピス	特別養護老人ホーム	訪問看護ステーション（自法人）	訪問看護ステーション（他法人）	計
2019年度	68	49	50	17	1	7	30	9	7	21	4	2	8	31	107	411
2020年度	96	62	34	13	8	2	36	12	13	18	3	3	28	38	121	487

(筆者作成)

5-4. 医療法人 A の介護・障害の入所経路状況

医療法人 A の老健は 2020 年度に延べ 144 件の入所があったが、そのうち自法人からの紹介は 36 件 (25.0%) であった (表 12)。

重度障害児・者施設への入所は延べ 97 件の入所があり、そのうち自法人からの紹介は 1 件である (表 13)。

表 12 : 医療法人 A の老健入所経路状況 (2020 年度)

	居宅	病院 (自法人)	病院 (他法人)	その他	計
人数	43	36	51	14	144

(筆者作成)

表 13 : 医療法人 A の障害入所経路状況 (2020 年度)

	他の 医療機関	家庭	他の 障害施設	自院 短期入所	乳児院	その他	計
人数	23	59	10	1	3	1	97

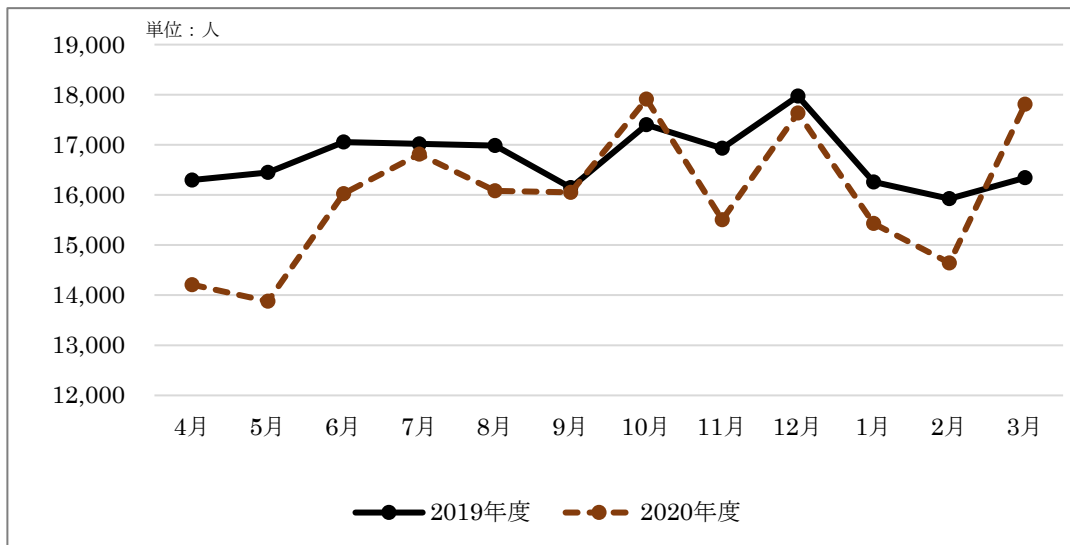
(筆者作成)

6. COVID-19 感染拡大による影響

2020 年 2 月から国内で感染が拡大した COVID-19 の影響は、医療機関の対象患者受入れのみならず、予定入院患者の受入れ減少による経営への影響は大きい。医療法人 A もまた COVID-19 の影響を大きく受けた。以下に具体的な内容を示す。

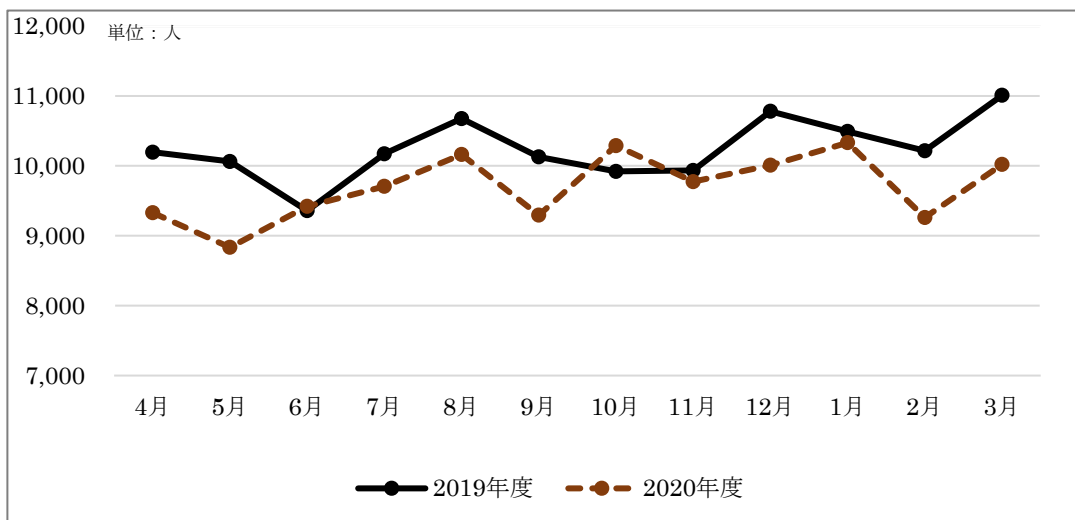
6-1. 医療法人 A における COVID-19 からの影響 (医療)

COVID-19 による医療法人 A の影響として、入院患者数は 4 月 8.5%減、5 月 12.2%減、9 月 8.2%減、2 月 9.4%減、3 月 9.0%減 (図 8)、外来患者数は 4 月 12.8%減、5 月 15.6%減 (図 9) と大きく減少した。6 月以降外来患者数は徐々に回復に転じたが入院患者数は低迷したままの状態であった。これは、COVID-19 患者の受入れに関して医療法人 A は積極的でなく、当該患者を受け入れ積極的な診療を行う内科医師が不足している事が原因として考える。



(筆者作成)

図8：医療法人Aの延べ入院患者数の推移

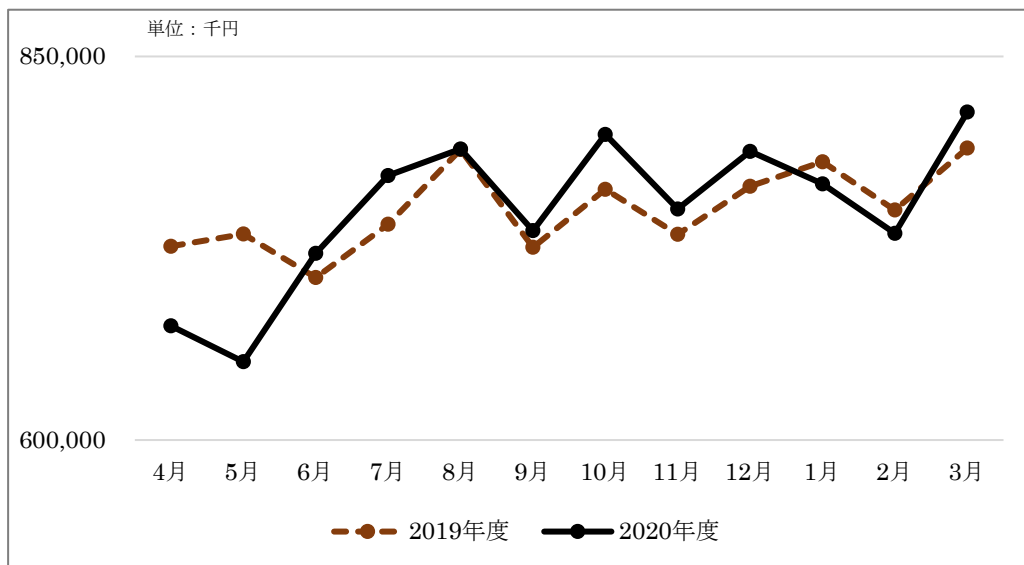


(筆者作成)

図9：医療法人Aの延べ外来患者数の推移

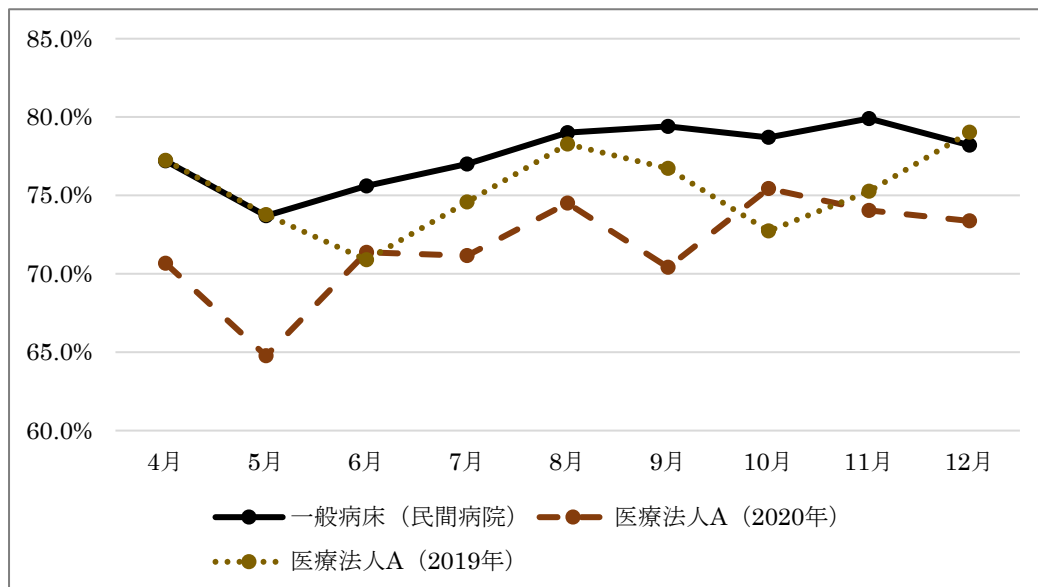
兵庫県下の民間病院における一般病床の病床稼働率は2020年4月～5月にかけて3.5%程度減少しその後、回復傾向が示されているが（兵庫県民間病院協会 2021）、医療法人Aの病床稼働率は4月6.6%減、5月9.00%減となり、その後も低迷が続いてい

る（図 10）。また、収益に関しても 2020 年 4 月は 7.1%減、5 月は 11.3%減と大きく減収している（図 11）。



(出所 兵庫県民間病院協会 調査結果より 筆者作成)

図 10：一般病床稼働率の推移

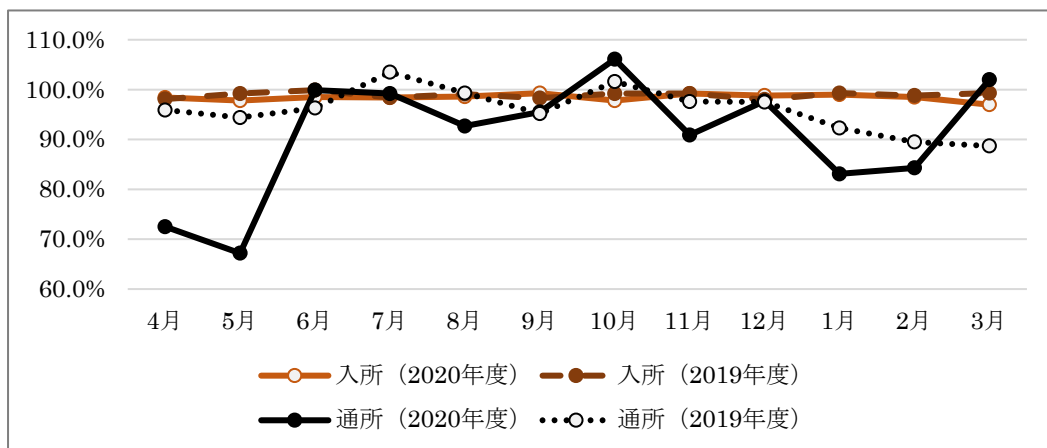


(筆者作成)

図 11：医療法人 A の収益の推移

6-2. 医療法人 A における COVID-19 からの影響（介護サービス）

医療法人 A における介護分野の影響は、入所より、通所サービスが 2020 年 4 月 23.4% 減、5 月 27.2% 減と顕著に減少した（図 12）。これは、通所の受け入れに制限をかけ、加えて通所利用者自体が施設利用を控えたためである。

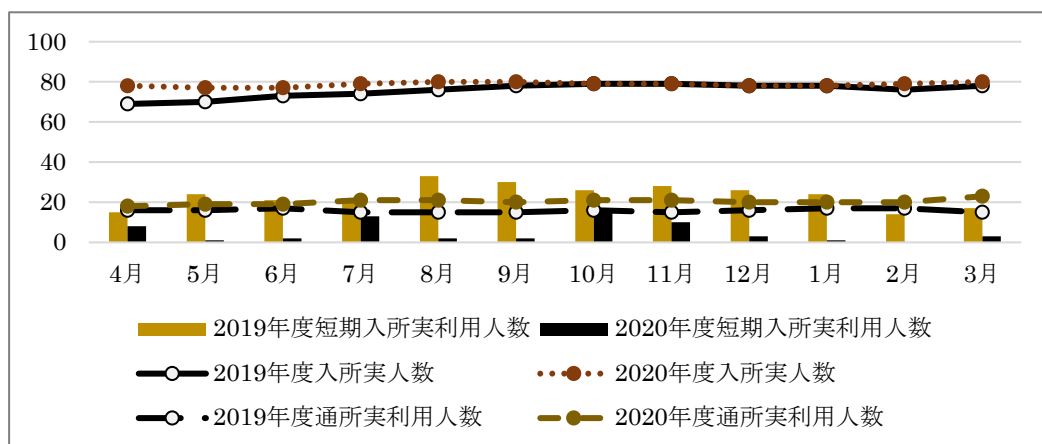


(筆者作成)

図 12：利用率の推移

6-3. 医療法人 A における COVID-19 からの影響（障害サービス）

通常の入所者及び通所者に関して影響はほとんどなかった。しかしながら、短期入所利用者は年間平均で約 18 名減少した（図 13）。これは、短期入所の受け入れを制限したためである。



(筆者作成)

図 13：入所施設利用実人数の推移

6-4. COVID-19の影響から回復するためのチェンジマネジメント

COVID-19の影響から回復するため、チェンジマネジメントの手法を用いて分析をした。

具体的には、以下のように取り組むことが必要であると考えます。

【STEP 1、2、3】ニーズアセスメントと状況分析及びバリューケース

2020年度の姫路市におけるCOVID-19感染患者は1,719名であり（姫路市2021c）市は2021年4月には姫路市で1日20人を超える新規感染者が発生し、入院待機者は80人を超えている状況であると発表している（姫路市2021d）。

これに対して姫路市の基幹病院のCOVID-19感染患者受入れ病床数は各病院の感染患者受入れ病床数は公表されていないが筆者が聞き取りにより行った基幹病院の患者受入れ数調査によると2020年6月時点で25床であり、新規に対応病床を設置した医療機関や基幹病院がその後受入れ病床を増床したため、2021年4月には概ね60床～70床程度になっている。

このうち医療法人Aの受入れ病床数は2床でありCOVID-19対応として積極的な患者受入れを行ってきていない事がうかがわれる。よってCOVID-19に対する受け入れ方針を転換し、新たに入院してくれる患者をバリューケースとする。

【STEP 4】ミッションステートメント

COVID-19の感染拡大による病床逼迫に対応するため地域貢献と経営改善を主軸にCOVID-19を積極的に受け入れる方針を明確にする。

【STEP 5】戦略計画

COVID-19患者受入れを病床単位から病棟単位に変更し、協力医療機関から重点医療機関への指定を目指す。院内で地域における病床逼迫状況と自院の一般病床稼働率の低下を示し、COVID-19に対する自院の役割の重要性を共有する。

呼吸器内科医師である病院長を中心に呼吸器内科医師・麻酔科医師・看護師・薬剤師・臨床工学技士・事務職・施設職員が連携し準備を行い、トップダウンで準備を行う。COVID-19に対応する医師や看護師を含めたチームを結成し、対応病棟の決定及びゾーニングや感染防御に必要な物品の準備を行う。

【STEP 6】相互利益の確保

COVID-19感染患者の受入れ病床を2床から15床に増床する。COVID-19感染症は発症時には軽症であっても後に重症化する恐れがあり、確立された治療法もまだない。主に対症療法を行っているが、適切な対症療法を受けるには入院して治療する必要がある為、病床の確保は重要である。また、患者受け入れ病床を増加させ、協力

医療機関から重点医療機関になる事により医療法人 A にとっては行政からの補償が受けられるという経営的利益が得られる。

更に行政にとっても地域の感染病床を確保し地域住民を守るというメリットがある。その為、感染患者、行政、医療法人 A という 3 者にとっての利益を確保することになる。

【STEP 7】コミュニケーション戦略

法人内での情報共有のため、病院長を中心に定期的な話し合の場を持ち、決定事項や行政からの情報を含めタイムリーにイントラネットで全職員に発信する。また、COVID-19 の患者受入れのみならず、地域住民へのワクチン接種をさらに積極的に取組んでいく事により地域住民からの信頼を得る。

【STEP 8】実施と慣行化

行政からの要請と感染患者数情報を基に、医療法人 A の COVID-19 の患者受け入れ病床を 2 床から段階的に 15 床まで増加させる。具体的には、まず 8 床まで増加させ、1 か月程度この状態で医師・看護師に COVID-19 に対する診療に慣れさせる。その後 15 床まで病床を増加させる。

更に日常業務を行いながら、COVID-19 の患者受入れやワクチン接種を行う事をルーチン業務として定着させる事が必要である。

その為に COVID-19 患者受入れ病棟を限定し担当職員を選任し一般入院患者担当者と識別する。また、ワクチン接種は担当業務毎に受け持ち部署を設定し、各々の部署にて複数のチームを配置して日常業務への影響を最小限に抑えながらワクチン接種をルーチン化する。

【STEP 9】モニタリングと評価

日常的に地域における COVID-19 感染患者数と自院の感染患者受入れ状況のモニタリングと担当医師及び看護師等の疲弊状況を把握し、ニーズとキャパシティを随時検討する。

以上のように医療法人 A が COVID-19 の影響から回復するためには、COVID-19 に対する受け入れ方針を転換し、新たに入院してくれる患者をバリューケースとし、感染患者、行政、医療法人 A という 3 者にとっての利益を確保すべきである。

更に日常業務を行いながら、全職員と情報を共有し、COVID-19 の患者受入れやワクチン接種を行う事をルーチン業務として定着させ、ニーズと自院のキャパシティを随時、検討することが求められる。

6-5. 医療法人 A の分析 (SWOT 分析)

医療法人 A の SWOT 分析を下記に示す。

	プラス要因	マイナス要因
内部要因	強み (S) <ul style="list-style-type: none"> ● 法人には医療・介護・障害サービス事業がある。 ● ドミナントにおいて周術期・小児・救急・一般・緩和・介護・障がい医療、予防、人材育成に係る事業をトータルで提供できる。 ● ホスピタリティの風土がある。 	弱み (W) <ul style="list-style-type: none"> ● 法人内での連携業務を中核的に担う部門がない。 ● 救急医療で脳血管疾患・循環器疾患に対応できない。 ● 法人全体の経営企画を司る部門がない。 ● COVID-19 患者への対応ができていない。 ● サ高住などの受け皿がない。
外部要因	機会 (O) <ul style="list-style-type: none"> ● 現在、ドミナントの中心的病院である D 赤十字病院とは医師の医局が同じ。 ● 地域医療支援病院の承認を受けている。 ● 地域包括支援センターの公募が 1 年後にある 	脅威 (T) <ul style="list-style-type: none"> ● 近隣に 736 床の大規模急性期病院ができる。 ● 自法人が位置する医療圏域において、精力的に在宅医療を実施し、囲い込みに動いている他の医療機関がある。 ● COVID-19 の感染拡大により通常の患者数が減少している。

SWOT 分析の結果、内部要因としての強みは、医療・介護・障害サービス事業（周術期・小児・救急・一般・緩和・障害医療、介護）、予防、人材育成に係る事業など様々な事業を展開している事であり、いわゆるハード面での基盤がある事といえる。

逆に、法人内での連携業務を中核的に担う部門や法人全体の経営企画を司る部門がない事、救急医療で脳血管疾患・循環器疾患に対応できない事や COVID-19 患者への対応ができていない事等ソフト面が弱みである。

外部要因としての脅威は、近隣に 736 床の X 病院ができる事、COVID-19 の感染拡大により通常の患者数が減少している事であるが、ドミナントの中心的病院である D 赤十字病院とは医師の医局が同じという機会がある。

7. 考察

医療法人 A における経営戦略を考えるにあたり、強みである医療・介護・障害サービスを強化し、機会である D 赤十字病院との連携を推進する事、弱みである法人内連携拠点を整備する事が重要である。これは、法人内での組織的共同を基に地域における役割分担を明確にし、強化すべき事を意味している。同時に脅威である COVID-19 の感染拡大による経営への影響に対応する必要がある。

7-1. 医療法人 A の戦略

COVID-19 の感染拡大により、医療法人 A の医療は通常の患者数が減少している。特に病床稼働率は最大 9.0% 低下（2020 年 5 月）している。今後も COVID-19 の収束は見込めないため、これら患者の受け入れは強化する。これは地域にとって必要な医療を提供できる病院との位置づけを確保するためである。

医療法人 A が立地する中播磨地域には、2022 年に 736 床の X 病院が開設予定である。立地的に医療法人 A とは、患者受け入れに関して競合関係になると予想される。

この対応としては、先進医療や高度急性期医療に積極的に取り組み診療体制を充実させることも考えられるが、医療法人 A の現行の来院患者分布や MDC 別救急車による搬送患者数（691 人）・シェア分析（並列的上位シェアである 19.3% 以上の診療科系は耳鼻咽喉科系（25.86%）のみである。市場的認知シェアである 10.9% 以上のシェアを有する系列は女性生殖器系（18.91%）、小児系（15.06%）、皮膚系（14.21%）、腎・尿路系（14.15%）、精神系（13.73%）、消化器系（13.54%）、内分泌系（12.71%））から推測すると困難と考える。

しかしながら、中播磨地域における急性期病院の立地は医療法人 A 以外地域の南部に位置し（JMAP 2021b）（図 14）、医療法人 A には、地域の急性期医療に一定程度の役割があると考えられる。

また、回復期病院も同様に中播磨地域北部にその機能を有する病院がなく、北部地域の住民は南部の回復期病院を利用せざるを得ない状況にある。

一方、医療法人 A には、医療の他に介護・障害サービス事業を実施してきたという実績がある。ただし、介護、障害サービス提供に関しては、COVID-19 の影響を受け、介護の通所サービス利用者は最大 27.2% 減少（2020 年 5 月）したが、入所系の利用者は大きく減少していない。

しかしながら、第 5 節で述べたように医療法人 A の退院先状況から考察すると、患

者の居住地などを考慮しても、法人内のサービス提供の連携が希薄である事や、障害サービスの提供に関しては施設の特殊性から考えると法人内での紹介は難しいという実態がある。これを是正し、患者・利用者がシームレスに病院・施設を利用できる「水平統合」の体制を構築し、これまで競合してきた、これから競合すると考えられる高度急性期医療を行う医療機関との役割分担を行いたい。

すなわち、回復期医療を強化したケアミックス型の医療を提供すると共に、医療だけでなく、介護・障害サービスとの統合を鑑みた地域完結型のサービスを充実させることが必要と考える。

COVID-19の影響は今後も続くと予想される為、短期的な経営戦略と COVID-19 が収束した後の中長期的な経営戦略を同時に考えておく必要がある。つまり、短期的には、COVID-19 患者への積極的な医療サービス提供を強化すべきと考えられる。中長期的には法人内の利点を生かし、医療・介護・障害サービスの連携強化を進めるため、従来の急性期医療を行いつつ、X 病院や高度急性期医療を行っている近隣の D 赤十字病院との連携を強化すると共に、一部病床機能を転換する。

以上のことにより、ケアミックス型の医療提供を強化・維持し、介護・障害サービスとの統合的なサービス提供戦略が重要と考える。



(出所：地域医療情報システム（日本医師会）)

(図 14) 中播磨地域の医療機関の立地

7-2. 短期的戦略（COVID-19 への対応）

短期的な戦略としては、COVID-19 への診療を強化し、地域住民や地域医療機関、行政に対して必要な医療を提供する医療機関であることを周知してもらうことが重要である。

その為には、COVID-19 対応として前節のチェンジマネジメントで述べたように法人の方針を明確にすることにより職員の目指すべき方向を明らかにし、更にトップダウンによる指示により職員のベクトルを同一方向に向け、COVID-19 患者の受け入れ体制を整えることが必要である。

COVID-19 は全世界が経験しているパンデミックであり、このような状況に対応する場合、状況把握と方針の明確化、強力なリーダーシップが特に重要と考える。また、地域における医療法人 A の役割を果たすため通常の診療を継続するには、通常の業務に加え COVID-19 の対応を行うため、業務の効率化や職員の疲弊・就業環境にも配慮が必要となる。

前節で述べたように、法人の経営状況が悪化する中、COVID-19 への積極的な対応は、感染患者、行政、医療法人 A という 3 者にとって利益となると考える。

7-3. 中長期的戦略（地域完結型医療・介護・障害サービス連携）

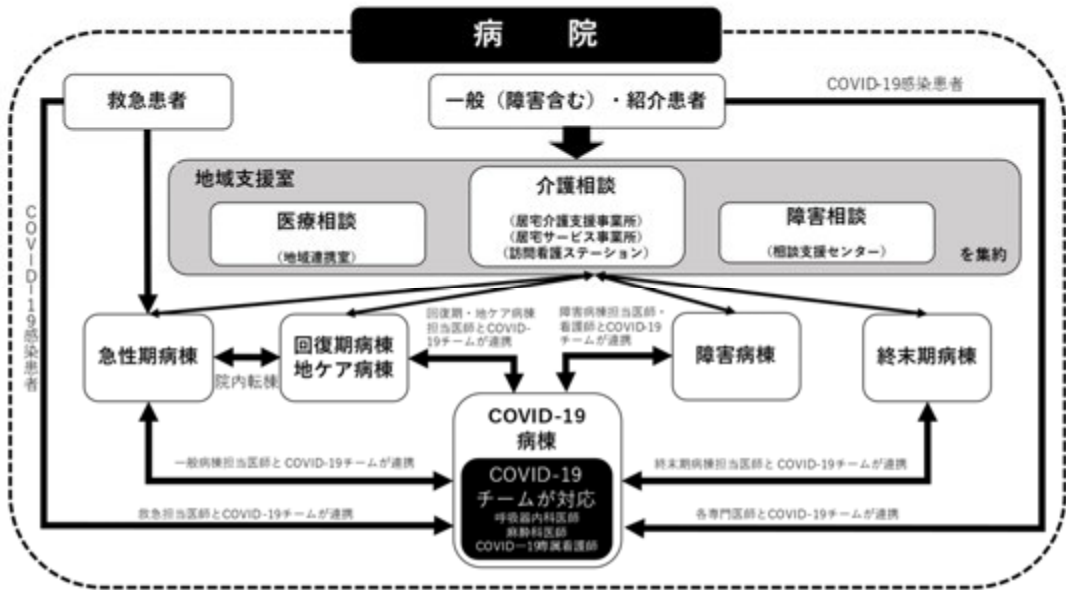
従来からの急性期医療を行いつつ X 病院や高度急性期医療を行っている近隣の D 赤十字病院との連携を強化するためには、急性期病棟の一部を回復期リハビリテーション病棟に転換し、ケアミックス型の機能を強化し、亜急性期の患者を受け入れる体制を確保することが必要になる。

更に急性期病棟の一部を回復期リハビリテーション病棟に転換するにあたり、前方連携・後方連携双方の強化が必須となる。このため医療法人 A が取り組むべき連携強化は「規範的統合」を基にした「水平統合」と考えられる。

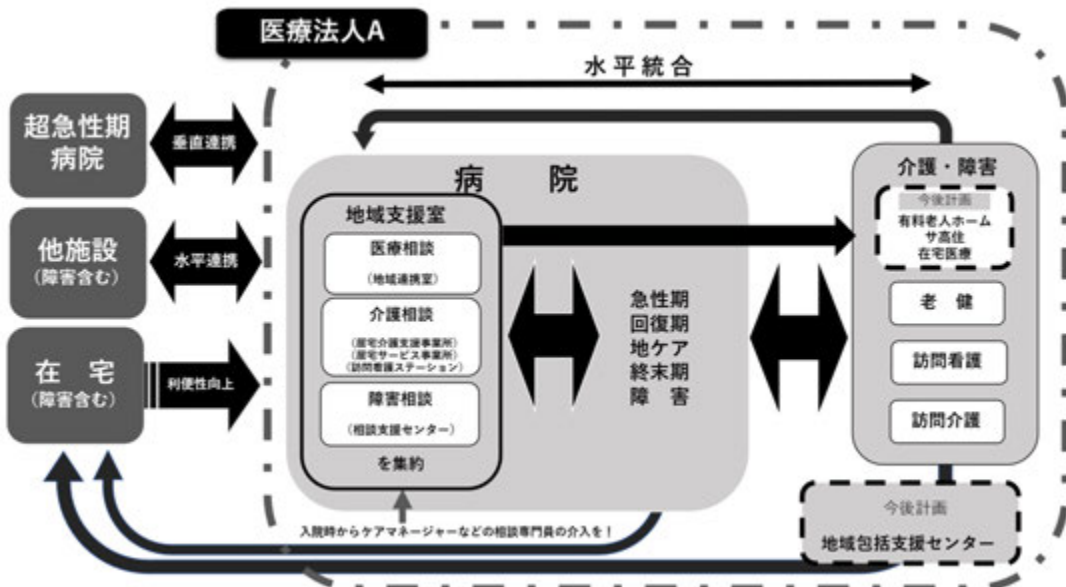
これは法人内で、価値観（理念）及び情報の共有を行い、連携して組織的共同を促進する事であり、これを実現するには中心的役割を果たす部門が必要になると考えられる。法人内では、医療・介護・障害サービスにおいてそれぞれがその専門的な治療やサービス提供を行っており、それぞれの部門でその相談も行っている。この相談部門を入口・出口共に一元化して行うことにより情報の共有化及びサービスの向上に寄与すると考える。

具体的には地域連携室を中心に前方連携・後方連携を行う部門を一つの建物に集約

し、部門間の壁を取り払う（物理的にも）ことによりシームレスな相談が行える場を構築する事である（図 15、16）。



(図 15) 病院内連携のイメージ



(図 16) 法人内医療・介護・障害の連携のイメージ

中長期的戦略を実行するにあたり、地域包括システムにおけるチェンジマネジメントの手法（筒井 2019）を用いて、具体的には、以下のように取り組むことが必要であると考える。チェンジマネジメントのSTEP1、2、3は、ニーズアセスメントと状況分析及びバリューケースをみつけるということになるが、筒井（2019）によると、駒ヶ根市は、状況分析から、脳卒中で入院して、退院した患者をバリューケースとしたと紹介されている。

一方、医療法人Aの状況を鑑みると、2022年にX病院が開設されるに当たり、現状分析からは、現状の来院患者数を維持する事は困難と推測される。また、中播磨地域における急性期病院や回復期病院の立地は医療法人A以外地域の南部に位置しており、北部地域の住民にとって急性期医療は医療法人Aを利用する事も選択肢の一つにあるが、回復期医療においては南部の病院を利用せざるを得ない状況である。更に医療から介護・障害サービスへの切れ目ない提供体制は各々の医療機関や施設が行っており、患者は必要時それぞれの相談場所に向いていかなければならない状況である。このようなことから鑑みると、医療法人Aのバリューケースは、急性期から回復期、介護・障害サービスを繰り返し、利用することになる高齢で障害を抱えた患者群となる。

そこで、STEP4のビジョン・ミッションステートメントについてであるが、筒井（2019）によれば、駒ヶ根市では脳卒中患者の再発防止をビジョンとして設定し、この再発防止に関するミッションを設定したとしている。

医療法人Aの変革ビジョン設定は「急性期から回復期、介護・障害サービスを利用する患者の利便性向上」で、「急性期医療中心」から「ケアミックス型の病院と介護・障害サービス連携」により地域住民との距離を縮めた包括的なサービス提供によって、地域完結型医療を行う事がミッションになると考える。

このための戦略計画としては、筒井（2019）によると、駒ヶ根市は、保険者として病院側に、脳卒中患者の1年以内の再発率を示させることで、病院側と脳卒中患者の予後に関する問題を共有したとしている。

医療法人Aでも法人職員にX病院が開設されることによる医療法人Aの経営影響予測と自法人の利点である地域完結型医療の必要性を示し、歩むべき道を共有する事及び地域住民に対する利便性向上の周知を行う事が必須と考える。その為には、前方連携・後方連携双方を強化する必要がある。

具体的には急性期病棟の一部を回復期リハビリテーション病棟に転換し、法人内で地域連携室を中心とした医療・介護・障害サービスの相談事業部門を設立することで、前方連携・後方連携への対応を速やかに行える体制を構築する事が喫緊の戦略目標と

なる。

なお、この体制構築のための場所として、場所の選定・設計段階から相談事業部門職員の参加を促し、自ら作り上げる意識を醸成することが必要となる。対外的には X 病院や D 赤十字病院への連携強化の申し入れを行い医療法人 A が回復期リハビリテーションに参入することを周知する事が重要である。

相互利益の確保については、医療法人 A が回復期リハビリテーション医療を行うことにより、患者は、住み慣れた地域において回復期リハビリテーションを行うことができる。また、入院時に様々な相談部門が連携して相談することにより、退院後の介護・障害サービスに対する患者・家族の不安が払拭されると考える。これは、もちろん医療法人 A の医療・介護・障害サービス提供の場が増加することを意味しており、患者及び医療法人 A の相互利益は確保されると考える。

このような戦略を実現するためには、法人内の医療・介護・障害連携の強化が必須となるが、これには、まず、自院の地域連携室の機能強化が求められる。具体的には法人内で散らばっている相談事業に携わる部門の集約を行う事が第一の実行段階である。現状では、医療は、地域連携室と入退院支援室が病院内、介護相談支援室は老人保健施設内、障害相談室は障害センター内に位置しており、それぞれが独自で業務を行っている。この相談部門を一つの場としての地域連携部門に集約する。

シームレスな医療から介護・障害まで相談できる場を提供する事及び地域包括支援センターの運営を受託する事によって、利用者の利便性の向上と法人内の連携強化を図る事ができ、患者だけでなく、職員同士の情報共有が強化できると考える。集約された相談事業部門を中心に、法人内医療・介護・障害サービス連携を行い、情報を集約させ必要なサービスを提供する事を定着させ、法人内の「水平統合」を実現させる。

また、法人全体で地域の医療・介護・障害患者・利用者を支援する体制を提供していく事を法人外に周知する事により、他医療機関、施設からの紹介増を目指す。最終的には、どのような患者・利用者の相談が医療・介護・障害サービスの連携を必要としているかを早期に把握し、患者・利用者にとってどのような連携が有効であるかを相談事業部門内で評価し、共有する仕組みを構築しなければならないと考えている。

以上のように、医療法人 A のチェンジマネジメントは、急性期から回復期、介護・障害サービスを繰り返し、利用せざるをえない患者をバリューケースとし、「急性期から回復期、介護・障害サービスを利用する患者の利便性向上」というビジョン下で、「急性期医療中心」から「ケアミックス型の病院と介護・障害サービス連携」により地域住民との距離を縮めた包括的なサービス提供を行い、地域完結型医療を行うというミッ

ションを持つ。

このミッション達成のためには、ケアミックス化の強化として回復期リハビリテーション病床機能への一部転換と法人内で地域連携室を中心とした医療・介護・障害サービスの相談事業部門を設立し法人内の連携体制を構築する事が必要と考える。そして、職員・地域住民・超急性期病院への周知を行い、各々のメリットが活かせるよう連携から、統合への道筋を示す事が重要である。

この地域連携室を中心とした医療・介護・障害サービスの相談事業部門設立による組織的統合には、メンバー構成、責任者の選定、日常の運営手順、それぞれの専有面積、施設の建築費用等様々な問題を解決する必要がある。

メンバー構成としては、地域連携看護師・MSW・ケアマネージャー・介護支援専門員・相談支援専門員・介護福祉士・訪問看護師・事務職員などと考えるが、医療法人 A にはこのメンバーは既に在籍している。

問題となるのは、これら種々の職種がいかにして協働するかである。現状、それぞれの職種が独立して業務を行っている。これを一か所に集約して共同するためにはこれら職種をまとめる責任者の選定が重要になると考えるが、これには医療・介護・障害それぞれの専門的知識を持った人材が必要と考える。幸いに医療法人 A には行政で介護・障害の部門を統括していた医師が在籍している為、この人材を責任者に選定する事が肝になると考える。その上でメンバーが各々の業務を俯瞰する事が重要となる。これは、どうすれば患者・利用者にとって包括的なサービス提供ができるのかという事を大前提にすれば解決できるのではないかと考える。

新たに医療・介護・障害サービスの相談事業部門を設立するための建物を建築する必要があるが、現状の各部門の事務所スペースを合計すると概ね 150 m²である。これに相談スペースや廊下などの共用スペースを追加すると概ね 400 m²の建物が必要と考える。兵庫県における事務所の建築費用水準は鉄骨造りで 90 (万円/坪) (アーキブック 2021) となっている事から、建築費用は約 10,900 万円必要となる。更に空調、机や椅子、書庫等の備品、不動産取得税も必要となるため更に 2,000 万円~3,000 万円程度は必要であり、総額 14,000 万円程度の費用が必要になると考える。

COVID-19 の影響で収益が減収している状況の医療法人 A にとって、この建築費用をどのように捻出するのかという問題がある。この費用捻出のために短期的戦略で述べた COVID-19 診療体制の強化を早期に実施し、第 6 節で述べたように感染患者、行政、医療法人 A という 3 者にとっての利益確保を行い、これを充てることが、COVID-19 収束後を見据えた経営戦略に寄与すると考える。

8. まとめ

COVID-19 の感染拡大で、医療法人 A においても病院事業の患者数減少により、大きなダメージを受けている。このため COVID-19 の影響を考慮した経営は短期的な重要課題となる。ダメージの回復のためには COVID-19 患者の受入れ強化は重要であり、地域の医療機関や住民からの信頼回復と悪化した収益を改善させるためには感染患者受入れ方針の転換が必要である。

また、2022 年に近隣で 736 床の X 病院が開設されるにあたり、医療法人 A が経営を維持するために、一部病床機能の転換により現状のケアミックス型を法人内連携強化によって達成し、地域完結型医療・介護・障害サービス連携への推進を図る事が求められていると考えた。

医療法人 A が地域住民の利便性の向上を目指し、地域行政・住民双方からの信頼を得ることが目指すべき方向と考える。

謝辞

本稿を作成するにあたり、兵庫県立大学大学院経営研究科 筒井孝子教授、木下隆志教授に何度も丁寧なご指導を賜りましたことを深く感謝いたします。

また、兵庫県立大学大学院経営研究科の医療マネジメントコース・介護マネジメントコースでご教授頂きました教員、講師の先生、そして同期の皆様方には多くのご支援を頂きましたことを重ねて御礼申し上げます。

参考文献（引用文献を含む）・引用ホームページ

- [1] アーキブック（2021）事務所の建築費は坪単価でどの程度の水準か？【2021 年版】（archi-book.com）
<https://archi-book.com/news/detail/110>
（2021 年 8 月 8 日アクセス）
- [2] 岩崎輝夫(2015)「急性期病院 3 施設が近隣に位置しながら共存していくための経営戦略についての考察 競合戦略から地域統合戦略へ」『商大ビジネスレビュー』5 巻 2 号、pp. 17-31。
- [3] 岩田幸代(2013)「都市型中規模病院における共生戦略 循環器領域を例に」『商大ビジネスレビュー』3 巻 1 号、pp. 167-182。
- [4] 柿原 隼(2020)「地域包括ケアシステム構築に向けた医療法人 A の経営戦略に

- ついて 心疾患患者に対するセルフマネジメント支援を通じて」『商大ビジネスレビュー』10巻2号、pp.95-132。
- [5] 川口克廣(2016)「新築移転を控えたK市民病院の地域共生戦略 近隣救命救急センターとの共存に関する一考察」『商大ビジネスレビュー』6巻2号、pp.73-94。
- [6] 呉竹礼子(2013)「神戸二次医療圏3 病院の競合状況の改善策 差別化戦略と救急体制からの考察」『商大ビジネスレビュー』3巻1号、pp.239-260。
- [7] 厚生労働省 (2021a) ホームページ 医療と介護の一体的な改革
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000060713.html>
(2021年5月20日アクセス)
- [8] 厚生労働省 (2021b) ホームページ 障害者福祉
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougais_hahukushi/index.html
(2021年5月20日アクセス)
- [9] 厚生労働省 (2021c) 地域包括ケア「見える化」システム
<https://mieruka.mhlw.go.jp/>
(2021年1月17日アクセス)
- [10] JMAP (2021a) 地域医療情報システム
http://jmap.jp/cities/detail/medical_area/2806
(2021年5月20日アクセス)
- [11] JMAP (2021b) 地域医療情報システム
<https://jmap.jp/facilities/map/page:1>
(2021年7月18日アクセス)
- [12] 筒井孝子 (2019)「地域包括ケアシステムの深化—integrated care 理論を用いたチェンジマネジメント—」中央法規出版株式会社
- [13] 姫路市 (2021a) ホームページ 市内での新型コロナウイルス感染症の確認状況
<https://www.city.himeji.lg.jp/bousai/0000012014.html#index-1-29>
(2021年5月20日アクセス)
- [14] 姫路市 (2021b) ホームページ「姫路市障害福祉推進計画」
<https://www.city.himeji.lg.jp/bousai/cmsfiles/contents/0000001/1485/2018426193217.pdf>
(2021年6月4日アクセス)

- [15] 姫路市 (2021c) ホームページ「市内での新型コロナウイルス感染症の確認状況 (1707 例目から 1806 例目まで)」姫路市 (himeji.lg.jp)
<https://www.city.himeji.lg.jp/bousai/0000016341.html>
(2021 年 7 月 22 日アクセス)
- [16] 姫路市 (2021d) ホームページ「(2021 年 4 月 14 日) 第 4 波に向けて市長から市民へのメッセージ」姫路市 (himeji.lg.jp)
<https://www.city.himeji.lg.jp/bousai/0000012426.html#index-1-114>
(2021 年 7 月 22 日アクセス)
- [17] 兵庫県 (2021a) ホームページ 地域医療構想
<https://web.pref.hyogo.lg.jp/kf15/iryokousou.html>
(2021 年 5 月 20 日アクセス)
- [18] 兵庫県 (2021b) ホームページ「ひょうご障害者福祉計画」
https://web.pref.hyogo.lg.jp/kf08/policy_guidance.html
(2021 年 1 月 31 日アクセス)
- [19] 兵庫県民間病院協会 (2021) 「新型コロナウイルス感染症の病院経営に対する影響調査結果について」 令和 3 年 2 月 26 日