

# 大阪府 S 町のケアミックス病院における経営戦略

吉川 聡 平

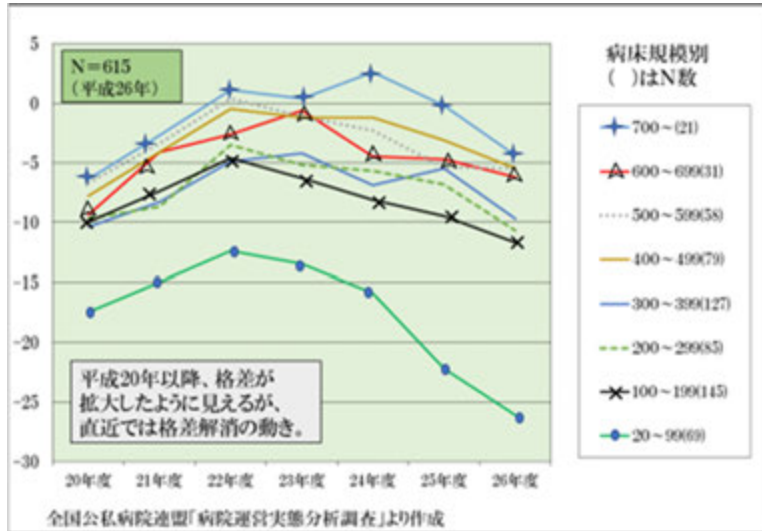
キーワード：地域密着型、差別化集中戦略、地域包括ケアシステム、integrated care

## 1. はじめに

医業利益率の高低は、規模の大きさに従って大きく左右される（図 1）。200 床未満の中小病院には、高度な急性期病院は少なく、また診療機能も多くないので、単価が低く、病床当たりの収益は低くなる傾向がある。このように考えると、大病院と比べて、長期的な人材の確保や設備投資という投資の面で不利となりやすい。つまり病床規模でみた場合、大病院と中小病院では経営環境が異なり、中小病院を経営する医療法人としては、低い利幅を前提に、経営収支の黒字確保、経営の多角化などを模索していかなければならない。

施設基準や診療機能を戦略的に選択したとしても、診療報酬の改定によって、病院経営の収益性は大きな制約を受けることが多いため、投資をした人材や設備資源からどれだけ効率よく成果をあげられるか、端的に言うとは経営管理能力の有無が収益性に大きく影響する。

白木（2017）は、医療機関の経営において収益性を決定づける要因として、二つの側面からみる必要があると述べている。一つは、中長期の経営戦略で、地域ニーズをとらえた病院の診療機能の選択であり、診療科、病床規模、診療機能等で外部要因といえる。もう一つは、内部要因となる、投下された資源を組織マネジメントによってどのように効率的に活用するののかという側面である。これについては、財務管理、組織管理といった個々の経営管理能力によって収益性が左右される。



(出所：地域中小医療法人の経営評価のフレームワーク引用し筆者一部改変)

図1：病院の病床規模別の医業利益率の推移

競争戦略に関する研究の第一人者で、ファイブフォース分析、3つの基本戦略などを提唱したハーバード大学経営大学院教授のマイケル・ポーター(Michael Porter)は、「戦略とは、何をやらないかを決めることである」、「企業規模は成功を決定するうえで最も重要な要素ではない。重要なのは、自らの立ち位置をしっかりと固めることである」と至言を残している。

また、産業によって、構造的に儲かる業界と、儲からない業界の違いを説明し、企業が様々な手段で持続的な競争優位を築き、周囲の競争環境を完全競争から完全独占にシフトして超過利潤を生むための示唆を与えるSPC理論から、マイケル・ポーターは競争戦略の基盤として、包括的な経営戦略で競争優位を築く3つの基本戦略を提唱した(表1)。「いかにして競争環境を完全競争から乖離させるか」がポーターの競争戦略の根底とされるが、1つ目は「差別化戦略」であり、圧倒的にコストで有利でない場合は、他社と比べて差別化ができれば、その面において競争から脱却でき、収益性が高まるとされる。2つ目は「コスト・リーダーシップ戦略」であり、圧倒的なコストの優位性をもって他社に勝利し、市場のシェアを大きくとることができるので、高い収益性を実現する戦略である。3つ目は「集中戦略」で、狭い市場へ集中投下して一種の独占状態を作り収益性を高めることを意味する。

表 1：マイケル・ポーター3つの基本戦略

		競争優位のタイプ	
		特異性	低コスト
戦略ターゲットの幅	広い	<b>1.差別化戦略</b> 品質、品揃え、流通チャネルなどの他の企業が持たない特徴を活かして、特異な地位を占める戦略	<b>2.コスト・リーダーシップ戦略</b> 業界全体を対象にして、他社のどこよりも低いコストで評判を得る戦略
	狭い	<b>3.集中戦略</b> 特定の市場に的を絞る、ヒト・モノ・カネの経営資源を集中的に投入する戦略 1) 差別化型集中戦略 2) コストリーダーシップ型集中戦略	

(出所：M. E. ポーター著「競争の戦略」より筆者作成)

以上のようなマイケル・ポーターによる基本戦略の枠組みを利用し、本稿では、対象とする医療法人SのA病院の経営戦略について考察する。

本稿の構成は、3節で地域密着型病院が選択すべき経営戦略に関する先行研究をレビューする。4節ではA病院を取り巻く地域医療分析を行い、外部環境を示す。続いて財務諸表による財務分析、経営指標を活用した経営分析を行い、内部環境を示す。5節では、得られた情報から、大阪府S町エリアで存続していくための経営戦略について考察し、6節で結論を述べる。

このA病院の経営戦略を策定し、この実行に関して検討することを目的とする。

## 2. 研究の目的と方法

本稿では、A病院の地域医療分析、財務諸表等の各種データから、A病院の立ち位置を分析し、他病院との差別化を明らかにし、急性期機能と急性期以降の機能を併せ持つケアミックス機能の活用と、地域医療に特化した複合的・継続的な医療提供体制を構築していくために、今後どのような戦略が必要か検討することを、目的とする。

これを実行するため、病院内のデータである財務諸表・損益計算書等を2017年度から2021年度の過去5年分を対象とした。

尚、本稿にあたり兵庫県立大学大学院経営研究科倫理審査委員会の審査を受審し、承認を得ている(2022-0017)。

### 3. 先行研究からの示唆

#### 3-1. 「地域密着型病院」の定義

飯村（2014）は、「地域密着型中規模病院」を、地域その周辺に住む人々の日常生活圏内にあり、住民のプライマリーケアの関わり、その健康を守ることを主な目的として診療をしている、病床数 100～300 床程度の病院、と定義付けしている。

本稿においても飯村の定義に倣い、それを「地域密着型病院」の定義とする。

#### 3-2. 先行研究のレビュー

病院が選択すべき経営戦略をまとめた論文は、多数、あるが、岩崎（2015）は、病院の過度な競争・競合が医療資源の重複や無駄遣いという弊害を生むだけでなく、ポジショニングの不明確化を惹起するため、如何にして不必要な競争・競合を回避し、「地域」という枠組みで必要十分な医療を提供していくかという課題を解決することが、今後の医療経営の要諦であると述べている。

服部（2013）は、地域における自院の役割を理解し、その役割を担っていく必要性を示した。例えば、自施設完結型の中小病院から、地域のなかで1つの役割を担っていく地域完結型の医療に向けて、明確なビジョンを持ち、どういうポジショニングを取るかという意思決定が求められているとし、競争上の優位に立つには、何かオンリーワンとなるものを持たなければならないと、地域から望まれる病院になるためにはどうすればよいのかを考え、これからの医療に望まれていることを率先して行う必要性があると述べている。

宮地（2012）は、病院の機能分担が推進されていくなかで、中小の私的病院は地域で競争優位を確立し、存続し続けていくために経営戦略を練る必要性を示した。自分のやりたい医療ではなく、その地域に必要な医療、サービスが何かを見極め、提供することを目指さなければならないと述べている。

岩田（2013）は、中規模病院は、得意分野を持つことで自院の立ち位置を確保し、手放す分野は他院に任せることが求められ、それをするためには医療機関の垣根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。

また光本（2021）は、地域のニーズを常に分析し、地域のなかでの自法人の役割や機能、ポジショニングを明確にし、それぞれを果たし必要とされるサービスを提供し続けることが、生き残りには不可欠と言える。地域のニーズ、地域住民が求めているものに対し、常にアンテナを張り続けることが重要である、と述べている。

このように、昨今は、競合よりも共存・共生の必要性が示されているが、そのためには自院の強みを明らかにしなければならない。病院完結型から、地域完結型の医療提供体制の構築が求められる中で、当ケアミックス病院としては、介護との連携を強化し、地域包括ケアシステムにおいて信頼できる病院となることが求められているものと考えた。

そこで、A 病院の外部環境及び、内部環境の分析結果を以下に示した。

## 4. 研究結果

### 4-1. 外部環境分析

#### 4-1-1. 三島医療圏域の概要

医療法人 S がある三島医療圏域は、大阪府の北部に位置し、3 市 1 町から構成されている。圏域の総人口は 758,811 人、面積は 213.46 km<sup>2</sup>、人口密度は 3,554.8 人/km<sup>2</sup>の大都市型二次医療圏であり、北は京都府（京都・乙訓医療圏）と隣接している。高齢化率は 26.60%であり、2045 年に人口は 642,307 人、高齢化率は 35.82%に進むものと見込まれている（JMAP 2020a）。

大学病院や高機能病院、地域の基幹病院が複数あり、年間全身麻酔件数が 2000 例以上の大阪医科薬科大学、1000 例以上の高槻病院、第一東和会病院、北摂総合病院、高槻赤十字病院、500 例以上の済生会茨木病院がある（JMARI 2020）。

急性期医療の提供能力は全国平均レベルであり（全身麻酔数の偏差値 49）、そのため周囲の医療圏間からの患者の流入は 28.0%であり、一方患者の流出は 18.9%と、患者流入の方が流出を上回っている医療圏である（e-Stat 2017）。

急性期以降の医療体制については、療養病床は全国平均レベルで、回復期病床は充実していた。人口当たりの療養病床の偏差値は 45 とやや少なく、回復期病床数は偏差値 57 と多かった（JMARI 2020）。



(出所：三島医療圏地域人口関連統計表の収納庫より引用)

図 2：三島二次医療圏の位置

#### 4-1-2. 医療・介護需要状況

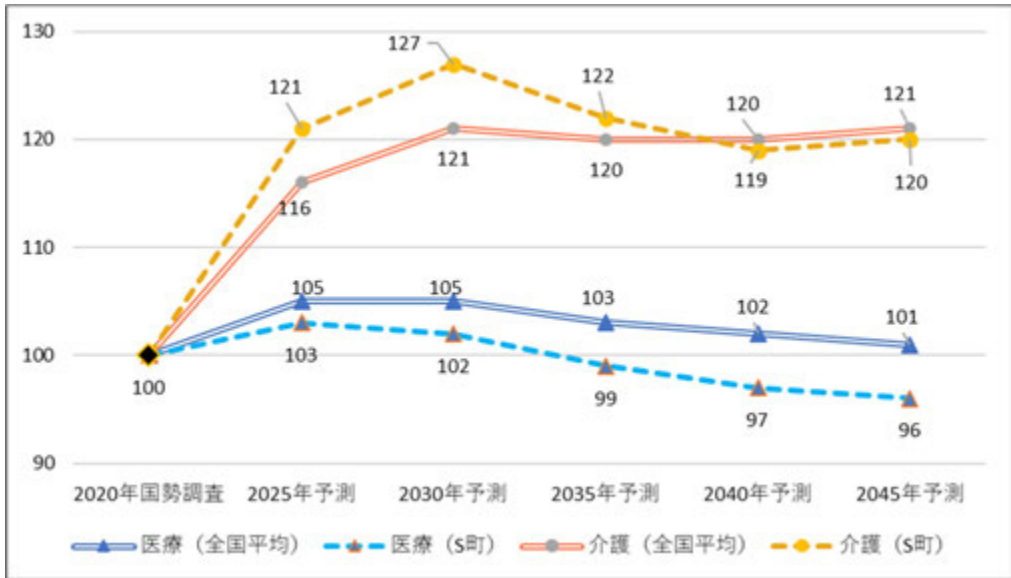
診療圏における人口動向の推移や将来人口の推計、また年齢区分ごとの受療率を活用して、医療・介護需要を分析する。

##### 4-1-2-1. 患者動態分析

三島医療圏の受療動向を分析するために、三島医療圏と S 町の医療介護需要予測指数を図 3 に示した。

S 町の医療需要予測は、2045 年まで一貫して、全国平均を下回ると推計されている。全国平均と S 町の医療需要の差は年々開いていき、2045 年にはその差は 5 ポイントまで開くと予測されている。

一方、介護需要予測は、2035 年までは、S 町の方が全国平均を上回るが、2040 年からは、S 町が全国平均を下回ると予測されている。しかし、2040 年、2045 年の S 町と全国平均の介護需要予測の差は、わずかに 1 ポイントであり、ほぼ全国平均並みと言える。

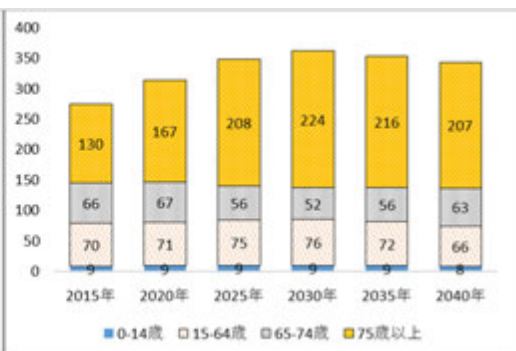


(出所：地域医療情報システムを基に筆者作成)

図3：医療介護需要予測指数（S町・全国平均）

図4に三島医療圏の、図5にS町の入院患者数の将来推計を示した。三島医療圏では2030年までに75歳以上の高齢患者の増加、ピークを迎える予測であり、2015年から10年間で21.3%、20年間及び30年間で19.9%増加する見込みである。

S町においても、2030年まで75歳以上の後期高齢者の患者数が増加し、ピークを迎える見込みである。



(出所：地域医療情報システムを基に筆者作成)

図4：三島医療圏入院患者数将来推計

図5：S町入院患者数将来推計

表2に三島医療圏における、2015年から2035年にかけて入院・外来疾患別の変化率を示した。このうち入院の疾患別変化は、高齢者特有の疾患が今後増加する見込みであり、増加率の大きいものとして「循環器系の疾患」「呼吸器系の疾患」が挙げられる。

一方、「妊娠、分娩及び産じょく」「周産期に発生した病態」「先天奇形、変形及び染色体異常」といった周産期系及び小児系の疾患は、少子高齢化により大きく減少する見込みである。

疾患別外来患者の合計は、2025年をピークに減少に転じる見込みである。外来患者数のうち、「消化器系の疾患」が最も多い。伸び率では「循環器系の疾患」の患者が18.4%と最も高い。

全体的な傾向として、高齢者がかかりやすい「循環器系の疾患」「筋骨格系及び結合組織の疾患」は、外来患者数も一定割合伸びる傾向となっている。入院患者数と同様に周産期系及び小児系の疾患は、少子高齢化により大きく減少する見込みである。

表2：三島二次医療圏 入院・外来 疾患別変化率（2015年→2035年）

2035年対2015年 入院 変化率		推計初年度 患者数	変化率	2035年対2015年 外来 変化率		推計初年度 患者数	変化率
1	感染症	151	19.7%	1	感染症	1,091	-1.0%
2	新生物	876	13.2%	2	新生物	1,525	5.6%
3	血液及び造血系の疾患	38	26.3%	3	血液及び造血系の疾患	138	-10.9%
4	内分泌、栄養及び代謝疾患	240	22.5%	4	内分泌、栄養及び代謝疾患	2,920	6.9%
5	精神及び行動の疾患	1,277	5.6%	5	精神及び行動の疾患	1,390	-7.0%
6	神経系の疾患	538	25.5%	6	神経系の疾患	906	11.8%
7	眼及び付属器の疾患	79	16.4%	7	眼及び付属器の疾患	2,618	3.9%
8	耳及び乳突突起の疾患	15	4.7%	8	耳及び乳突突起の疾患	684	-0.5%
9	循環器系の疾患	1,356	29.7%	9	循環器系の疾患	5,874	18.4%
10	呼吸器系の疾患	506	32.4%	10	呼吸器系の疾患	3,244	-6.8%
11	消化器系の疾患	402	17.5%	11	消化器系の疾患	9,199	4.2%
12	皮膚及び皮下組織の疾患	66	21.8%	12	皮膚及び皮下組織の疾患	1,743	-2.5%
13	筋骨格系及び結合組織の疾患	436	25.4%	13	筋骨格系及び結合組織の疾患	5,519	16.7%
14	腎尿路生殖器系の疾患	268	23.1%	14	腎尿路生殖器系の疾患	1,400	0.8%
15	妊娠、分娩及び産じょく	104	-19.9%	15	妊娠、分娩及び産じょく	123	-18.5%
16	周産期に発生した病態	44	-19.2%	16	周産期に発生した病態	10	-19.2%
17	先天奇形、変形及び染色体異常	29	-15.0%	17	先天奇形、変形及び染色体異常	60	-8.8%
18	その他	106	30.3%	18	その他	388	2.9%
19	損傷、中毒	778	26.7%	19	損傷、中毒	1,670	-1.4%
20	保健サービスの利用	83	8.6%	20	保健サービスの利用	3,762	-3.5%

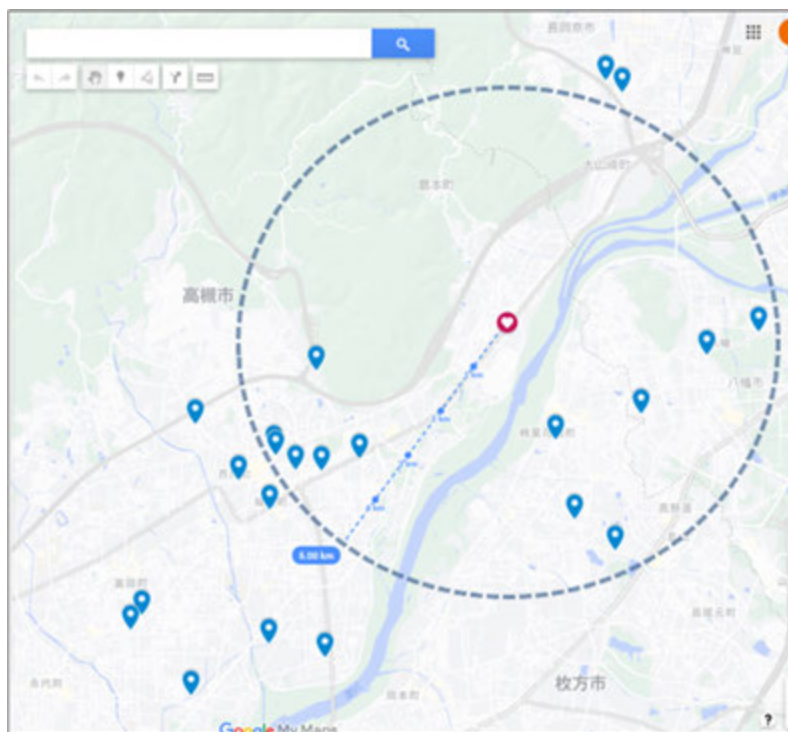
（出所：茨木市地域医療資源調査分析報告書より筆者作成）



#### 4-1-2-2. 診療圏の把握

以下の図 6 は、A 病院を中心に半径 5 km 圏域内の病院をプロットしたものである。A 病院の所在する S 町は大阪府の北東端に位置する面積 16.81 km<sup>2</sup>の町である。北側を京都府長岡京市・大山崎町、西側を大阪府高槻市、東側は淀川を挟んで京都府八幡市、大阪府枚方市に囲まれている。A 病院の位置する淀川右岸は河川に沿って国道 171 号、JR 東海道本線、阪急京都本線が通っており、京都市～京都府乙訓地域、大阪府高槻市～茨木市方面との結びつきは強いものの、淀川および桂川は京都市伏見区納所から枚方市まで一般道の架橋がされていないため、流動は少ない。町の北側は山岳丘陵地であり、淀川に面した南部に住宅地が形成されている。

もともと京都市、大阪市へのアクセスが良好であることから住宅開発が盛んであり、近年では 2008 年に JR 島本駅が開業したことから住宅開発が再加速した。そのため子育て世代の多い町であり、高齢化率(2015 年)は 25.7%で大阪府平均の 26.6%を下回っている。しかし 65 歳以上の老年人口は 2000 年から 2020 年の 20 年間で 2 倍以上に増加しており(4,201→8,662 人)、高齢者のケアが課題となっている。



(出所：Google マイマップにて筆者作成)

図 6：A 病院を中心とした半径 5 km 圏域の病院プロット MAP

### 4-1-2-3. 診療圏の分析

A病院の外来患者は町内居住者が多く、特に病院から3km圏内が多くを占めている。外来患者の居住地の割合は、A病院があるS町が73.8%、大阪府高槻市が15.9%、京都府乙訓郡大山崎町が3.0%、京都府長岡京市が1.1%、その他が6.2%である。

一方で入院患者の居住地は、A病院のあるS町が66.0%、高槻市が18.0%、京都府乙訓郡大山崎町が4.9%、京都府長岡京市が3.7%、その他が7.3%となっている。

外来・入院患者共に約7割がS町の住民であり、医療だけでなく介護も含めた、一体的なサービスが提供できるといった利点がある。

### 4-1-3. 地域医療構想

地域医療情報システムや病床機能報告を基に、地域の医療供給状況の分析を行った。地域医療構想は、医療機能の分化や連携、在宅医療の充実等を推進し、急性期から在宅医療まで切れ目がない、地域で効率的で効果的な医療提供体制が構築できるよう、各都道府県で策定されている。

大阪府が策定した地域医療構想によると三島二次医療圏では、令和7年（2025年）に高度急性期機能は66床不足、急性期機能は134床過剰、回復期機能は1,728床不足、慢性期機能は903床不足となっている。三島医療圏において、急性期医療は全国平均レベルではあるが、慢性期の医療は少ない地域である。

表3：三島二次医療圏の病床機能報告と病床数の必要量の病床機能区分ごとの比較

区分	年度	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟中	合計
病床機能報告①	2018	890	3,095	1,058	1,507	84	6,634
		13.4%	46.7%	15.9%	22.7%	1.3%	100.0%
うち、S町	2018	0	57	60	0	0	117
		0.0%	48.7%	51.3%	0.0%	0.0%	100.0%
病床数の必要量②	2025	956	2,961	2,786	2,410		9,113
		10.5%	32.5%	30.6%	26.4%		100.0%
①-②		△66	134	△1,728	△903		△2,479

（出所：大阪府「大阪府地域医療構想」、厚生労働省「病床機能報告」平成30年度より筆者作成）

日本医師会地域医療情報システムを基に、全国平均、三島医療圏、そしてA病院があるS町の地域医療資源を、人口10万人あたりの数値を示して表4とした。

人口10万対医療資源においてS町は、病院数は3.23施設（全国平均が6.49施設）、在宅療養支援診療所は16.17施設（全国平均11.89施設）、在宅療養支援病院は3.23

施設（全国平均 1.30 施設）、病院病床数は 378.31 施設（全国平均 1188.15 施設）、医師数は 113.17 名（全国平均 250.83 名）となっている。

S 町は一般診療所、在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院で全国平均を上回り、医師数は少ないものの、在宅医療の体制は比較的、整っている。一方で精神病床数は 0（全国平均 254.82 施設）であり、人口規模に比べて精神科医が不在という点が特徴的である。

人口 10 万対介護資源において S 町は、介護施設数 7.36 施設（全国平均 11.31 施設）、訪問介護施設数 1.96 施設（全国平均 3.02 施設）、通所介護施設数 2.21 施設（全国平均 3.09 施設）、入所型介護施設数 1.23 施設（全国平均 1.96 施設）、居宅介護支援事業者数 1.72 施設（全国平均 2.17 施設）、介護職員数 38.30 名（全国平均 68.25 名）となり、ほぼ全ての項目において全国平均を下回っている。

地域包括ケアシステムの構築、推進の中核的役割を担う S 町の保険者機能について、保険者強化推進交付金に係る評価指標から、その得点状況を入手した倉橋（2019）によると、S 町の合計得点は 421 点で、全国平均の 411 点よりも低い点数であり、評価項目別では、「PDCA サイクルの活用による保険者機能の強化に向けた大政等の構築」は 59 点（全国平均 57.9 点）、「自立支援、重度化防止等に資する施策の推進」は 322 点（全国平均 313.2 点）とわずかに高かったが、「介護保険運営の安定化に資する施策の推進」は 30 点と、得点率は 42.9%とかなり低く、全国平均の 39.9 点を下回っていた。またすべての項目において、S 町は、大阪府の平均値よりも下回っていた。

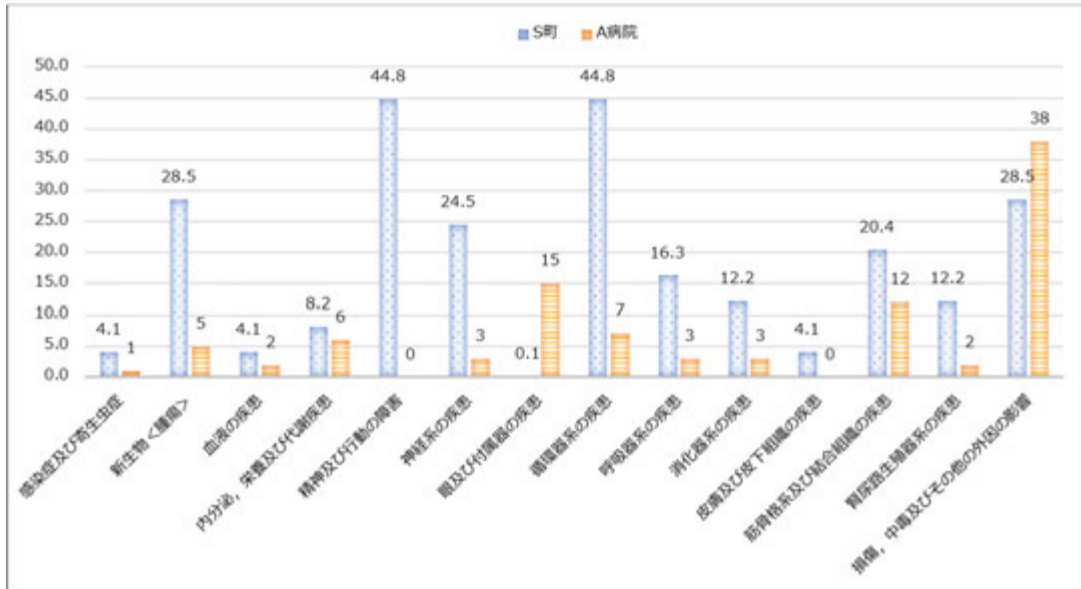
表4：地域医療資源（全国・三島医療圏・S町人口10万人あたり）

地域医療資源	全国	三島医療圏	S町
一般診療所	69.75	75.91	71.14
病院	6.49	4.88	3.23
在宅療養支援診療所	11.89	19.64	16.17
在宅療養支援病院	1.30	0.66	3.23
一般診療所病床	66.63	19.90	35.57
病院病床	1,188.15	1,127.69	378.31
一般病床	701.83	681.46	378.31
精神病床	254.82	303.37	0
療養病床	225.94	136.53	0
結核・感染症病床	4.41	0.00	0
医師数	250.83	285.71	113.17
歯科医師数	82.06	73.14	45.27
介護施設数	11.31	8.75	7.36
訪問型介護施設数	3.02	2.79	1.96
通所型介護施設数	3.09	2.32	2.21
入所型介護施設数	1.96	1.30	1.23
特定施設数	0.30	0.22	0.00
居宅介護支援事業所数	2.17	1.67	1.72
福祉用具事業所数	0.73	0.44	0.25
入所定員数（入所型）	68.67	47.69	51.78
入所定員数（特定施設）	17.26	14.66	0
介護職員	68.25	54.06	38.30

（出所：地域医療情報システムを基に筆者作成）

厚生労働省「令和2年（2020）患者調査の概況」は、令和2年10月20日（火）～22日（木）の3日間のうち、病院ごとに指定した1日の患者の状況を調査したものである。三島医療圏域の入院患者数と疾患から、人口比率でS町の患者数を推計し、A病院の令和2年10月20日の患者の疾患と比較した（図7）。

ここから新生物（腫瘍）や循環器系、呼吸器系の疾患に関しては、地域のA病院でももっとできることがあるのではないか。また損傷、中毒及びその他の外因の影響や眼及び付属器の疾患に関しては、S町の推計を超えており、ニーズを十分に満たしていると言える。



(出所：厚生労働省 令和2年患者調査の概況より筆者作成)

図7：S町とA病院の疾患比較

## 4-2. 内部環境分析

### 4-2-1. A病院の概要

医療法人Sは、1979年に開設した個人A病院に端を発する。それまで大阪府S町には病院がなく、地域住民の方々からの「病気の時にすぐに受診できる病院が欲しい」という声を受け、町会議員を中心に病院誘致活動があり、地域の病床不足を解消して地域医療を担うことを目的に、67床のA病院を開設した。

当時は外科、整形外科、皮膚科、泌尿器科、放射線科、理学診療科の6診療科であったが、2年後の1981年には内科を追加標榜し、医療法人へと改組を行った。その後脳神経外科、麻酔科、リウマチ科、眼科を加え、合計11の診療科を標榜している。そういった成り立ちから、地域住民の健康を守るため、地域に根ざした医療を提供している病院である。

現在の病床数は、一般病床の117床（内訳：急性期57床、回復期40床、地域包括ケア20床）である。急性期から回復期、地域包括ケア病床機能を持ち合わせたケアミックス病院であり、関連施設として、介護老人保健施設、居宅介護支援事業所を3事業所、訪問看護、訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、地域包括支援センターを各1事業所ずつ運営している。またS町の介護予防体操や地域ケア会議への協力、

介護予防・日常生活支援総合事業の通所型サービス C などは、A 病院のリハビリテーション専門職が担っている（倉橋 2019）。

規模の拡大に伴い、現在に至るまでに複数回の増床を行ってきた。開設当初の延床面積は 2,363.62 m<sup>2</sup>であったが、現在では約 2.3 倍の 5,522.11 m<sup>2</sup>となっている。建物の一番古い部分では 43 年を経過し老朽化が進行しているため、数年以内に新病院に建替える計画を順次進めている。

2022 年 4 月時点での A 病院の主な職種の従事者は、常勤医師 14 名、看護師 67 名、看護補助者 8 名、薬剤師 2 名、理学療法士 28 名、作業療法士 18 名、言語聴覚士 7 名、放射線技師 4 名、臨床検査技師 4 名、管理栄養士 3 名、歯科衛生士 1 名、ソーシャルワーカー 5 名となっている。

A 病院の各病棟における病床稼働率を、図 8 に示した。2017 年度から 2018 年度にかけて、全病棟の稼働率が低迷、中でも急性期病棟の稼働率は 2017 年度 78.5%、2018 年度 74.7%と 80%を下回っていた。複数名の常勤医師が採用できたこと等の要因により、2019 年度は全病棟において病床稼働率の上昇が見られ、急性期病棟においても 80.4%となった。しかし、その後 COVID-19 が発生。病棟内でクラスターが発生した影響もあり、全病棟で稼働率が悪化した。急性期病棟では 2020 年度 78.1%、2021 年度には 77.1%となった。

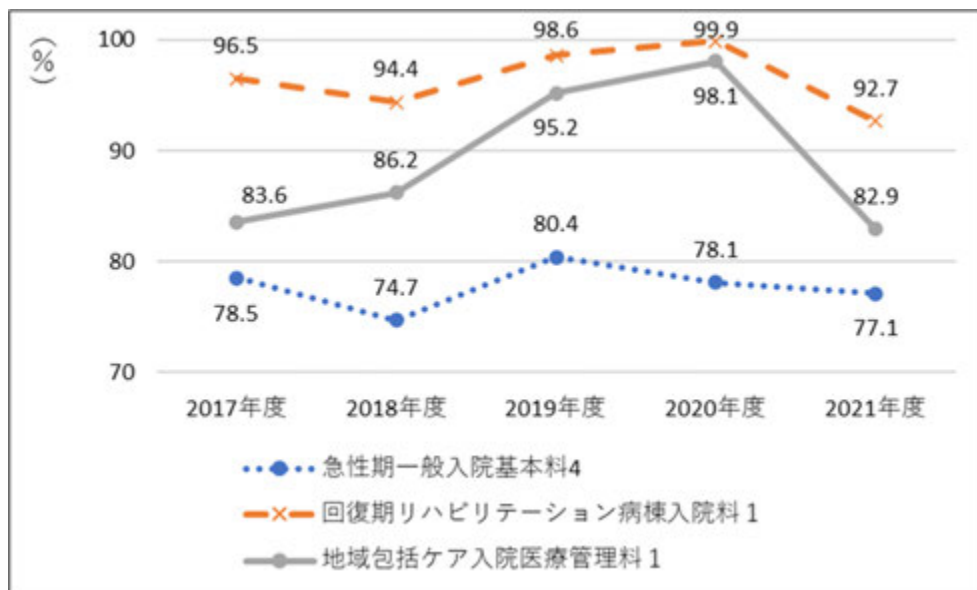


図 8 : A 病院の病床稼働率

A病院の平均在院日数を図9に示した。A病院は10：1の算定病院であるので、3ヶ月平均の在院日数が21日を超えてはならない。A病院の平均在院日数はその範囲内には含まれているが、入院で治療を必要とする患者に漏れなく入院治療を提供するために、入院回転率を早め平均在院日数の短縮が求められている。

しかし、2019年度から2020年度、2021年度にかけてほぼ全ての病棟で平均在院日数が伸びた。特に急性期病棟では2019年度が13.3日であったのが、2021年度には18.2日となり、4.9日伸びたことになる。これはCOVID-19によるクラスターの影響といえる。

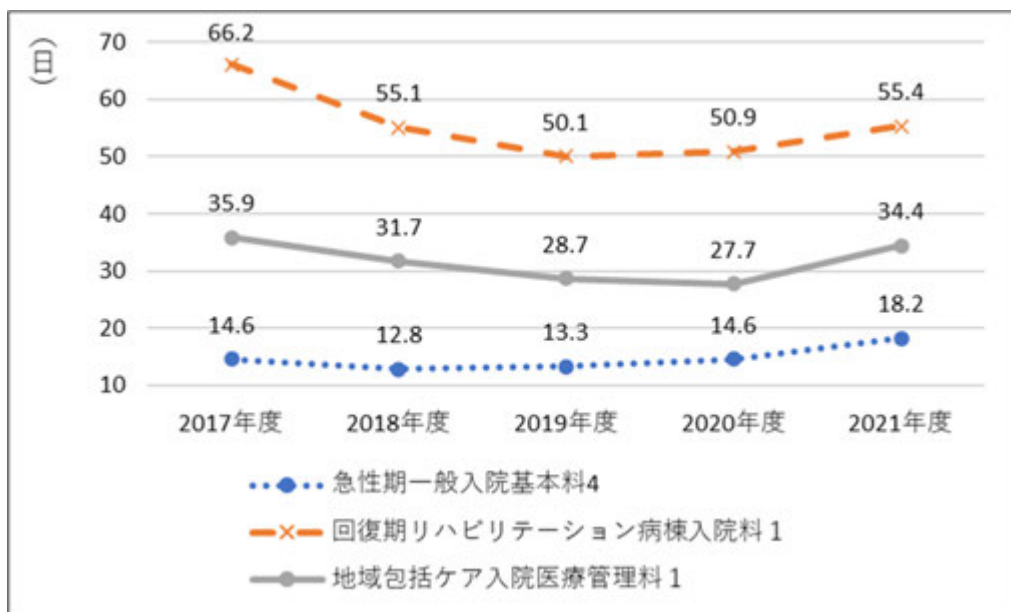
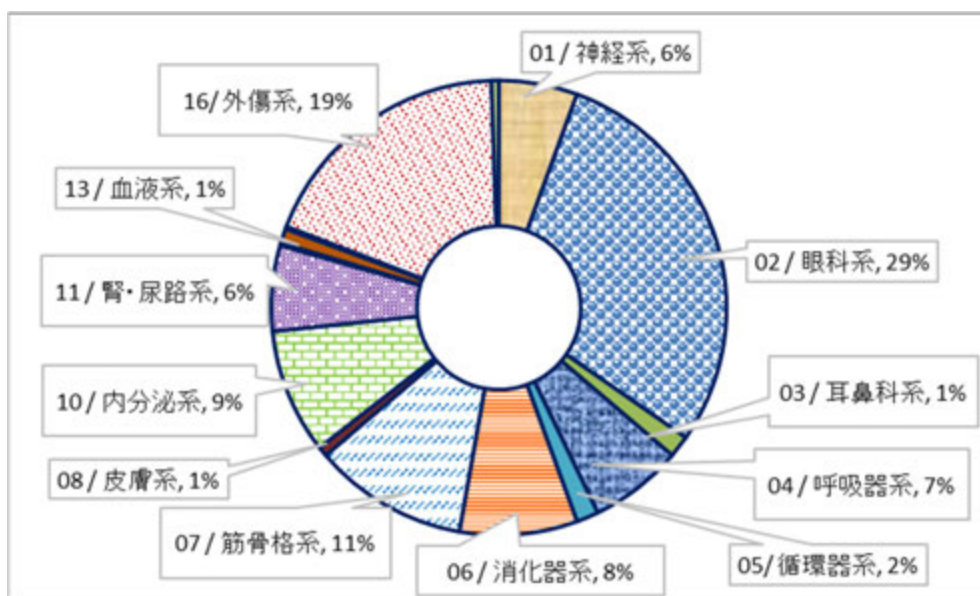


図9：A病院の平均在院日数

図10は、A病院の診療実績である。MDC02 眼科系疾患の診療実績が最も多く、次いでMDC16 外傷系、MDC07 筋骨格系、MDC10 内分泌系が多い。A病院では整形外科疾患、眼科疾患、内科疾患の診療を中心に展開している。



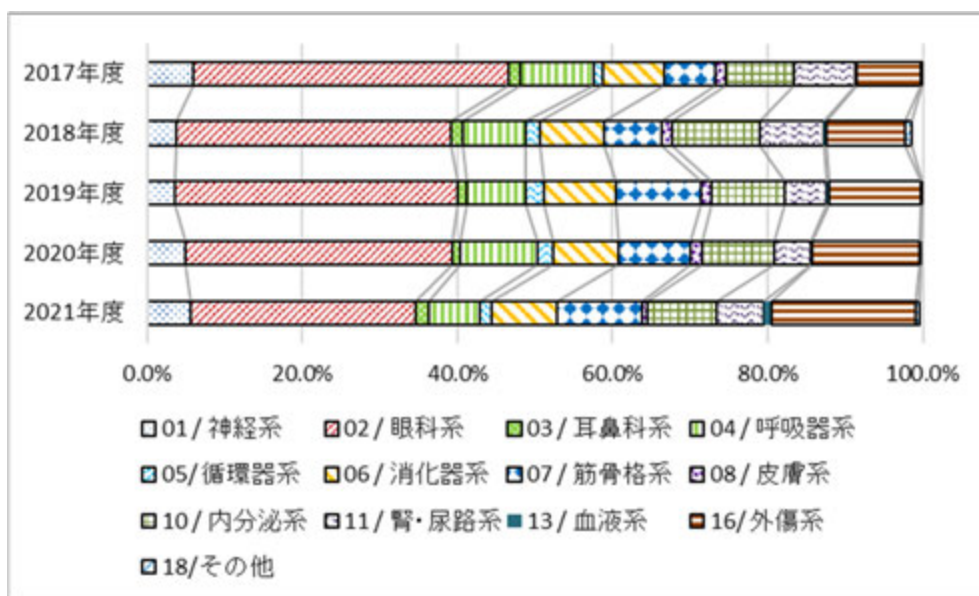
(出所：厚生労働省「退院患者調査」の結果報告についてより筆者作図)

図 10：MDC 別 A 病院診療実績

図 11 は A 病院の 2017 年度から 2021 年度までの、MDC 別診療実績推移である。全体的に見ると、それぞれの MDC において各年度で若干の前後はあるものの、ほぼ横ばい状態である。主な診療機能である MDC02 眼科系疾患は、2020 年度 34.4%から 2021 年度の 29.1%と、5.3 ポイント下げている。これは COVID-19 の影響で、不急の診察や手術が延期されたためと推測される。

一方で、MDC16 整形外科疾患は、2020 年度の 13.9%から 2021 年度の 18.6%となり、4.7 ポイント上げている。これは COVID-19 下でも、転倒による骨折等の緊急性を要する治療が実施され、感染症の影響を大きく受けなかったことによる。





(出所：厚生労働省「退院患者調査」の結果報告についてより筆者作図)

図 11：MDC 別 A 病院診療実績推移

#### 4-2-2. 財務諸表による財務分析

表 5 は、A 病院の 2017 年度 3 月期から 2021 年度 3 月期までの損益計算書をまとめたものである。直近の年度である 2021 年度対 2017 年度の趨勢比率も示した。

医業収益は 2017 年 3 月期が 1,796 百万円、2021 年度 3 月期が 2,054 百万円となり、趨勢比率が 114.4%となっている。金額にすると 2.6 億円弱の増収となった。入院収益は 2017 年度が 1,442 百万円であったのに対し、2021 年度では 1,588 百万円となり、約 1.5 億円の増収となった。外来収益でも 2017 年度が 329 百万円であったが、2021 年度には 413 百万円となり、約 8 千万円の増収となった。

一方で医業費用も年々、増加し、2017 年度が 1,735 百万円であったものが、2021 年度には 2,026 百万円となり、対 2017 年度趨勢比率が 116.8%、金額にして約 2.9 億円の増加となっていた。

医業費用の中で特に増加率が著しいのが委託費であり、2021 年度の対 2017 年度趨勢比率が 143.6%となった。この要因は、COVID-19 のクラスターが病棟内で発生したことにより、膨大な使用済みガウン等を医療廃棄物として廃棄する必要があったためである。

医業利益は 2017 年度から 2020 年度にかけて、上がり下がりであったものの右肩上

がりの傾向が見て取れた。しかし、医業利益率 2021 年度対 2017 年度の趨勢率は、-248.7%と大幅に下落した。これは前述の通り COVID-19 のクラスターが病棟内で発生したことにより、外来診療は止めることなく行えたものの、入院の受け入れは一時的に全面ストップとなり、救急の受け入れや手術など、延期せざるを得ない状況であったことが大きく影響をしている。

経常利益の 2021 年度対 2017 年度趨勢比率は、219.4%と大幅に増加となった。これは COVID-19 関連の補助金やワクチン接種関連が、医業外収益として計上されていることが要因である。

2021 年度は COVID-19 関連により収支が見えにくくなっているが、2017 年度から 2021 年度にかけて、医業収益よりも医業費用の伸び率の方が大きくなり、その分利益を圧縮してしまっている。今後いかに医業費用を抑えられるかが課題である。

表 5 : A 病院の損益計算書

(単位：千円)

A病院						
項目	2017/3	2018/3	2019/3	2020/3	2021/3	2021年度対2017年度 趨勢比率(%)
<b>医業収益計</b>	1,796,156	1,834,047	2,028,315	2,047,488	2,054,225	114.4
入院収益	1,442,631	1,469,894	1,646,637	1,678,337	1,588,239	110.1
外来収益	329,261	339,247	355,740	345,384	413,346	125.5
その他収益	24,264	24,906	25,938	23,767	52,640	216.9
<b>医業費用計</b>	1,735,083	1,783,655	1,874,961	1,900,764	2,026,496	116.8
材料費	129,729	135,832	153,286	152,781	175,827	135.5
給与費	1,160,592	1,192,727	1,222,002	1,240,421	1,323,862	114.1
委託費	93,856	102,426	112,460	124,049	134,804	143.6
設備関係費	136,766	132,381	134,862	133,766	133,819	97.8
減価償却費	66,045	61,663	49,252	46,507	38,335	58.0
その他経費	100,175	101,023	108,203	101,130	114,916	114.7
<b>医業利益</b>	21,131	12,395	99,062	64,293	△ 52,563	△ 248.7
医業外収益	35,090	34,175	31,809	41,758	174,268	496.6
医業外費用	1,058	1,063	19,988	909	678	64.1
<b>経常利益</b>	55,162	45,507	110,883	105,142	121,026	219.4
材料費率	7.2	7.4	7.6	7.5	8.6	(%)
人件費率	64.6	65.0	60.2	60.6	64.4	(%)
減価償却費率	3.7	3.4	2.4	2.3	1.9	(%)
EBITDA マージン	5.0	4.1	7.5	5.6	△ 0.7	(%)

### 4-2-3. 経営指標によるベンチマーク分析

病院と一口にいても様々なタイプに分類することができ、実際にそれぞれの分類ごとに大きく異なる特色をもっている。例えば、病院の開設者別（医療法人、国公立、社会福祉法人など）、病院の機能の種類別（一般病院、療養型病院、両方が混在するケアミックス病院、精神科病院など）、病床の規模別、医薬分業適用か否か、最近大規模な設備投資をしたかどうか等、様々な分類が考えられる。

そして、一般病棟入院基本料別（病床の看護師の配置基準が7対1、10対1等）、地域医療支援病院か否か、DPC対象病院か否か等がある。

ここではA病院の経営指標に基づき、ベンチマーク分析を行った。比較の対象としたのは、A病院と同じ医療法人立、病床規模が100床以上199床以下の71病院である。この200床未満の病院は、日本全国の病床の70%弱を占める最大の分類群であり、また開設者別にみると、医療法人は日本全国の55%を占めている。つまり、A病院や比較対象とした71病院は、最大の病院の担い手であり、地域医療を担う役割の病院となっている。

収益性、安全性、機能性に着目した分析を実施し、表6～表8に分析結果をまとめた。A病院の各項目の推移をみるために、2017年度から2021年度の5年間分の数値も示した（ヘルスケア業界データブック2020）。

#### 4-2-3-1. 収益性分析

表6に収益性について比較した結果を示した。医業利益率は、71病院の平均値は1.4%である。一方、A病院では2017年度に1.2%、2018年度に0.7%と2年間は平均値を下回っていたが、2019年度に4.9%、2020年度には3.1%と平均を上回った。ただし、2021年度は、COVID-19のクラスター発生を受けたことを理由に、-2.6%まで落ち込んだ。

経常利益率について、71病院の平均値は1.8%であった。A病院の2017年度は3.1%で、直近2021年度は5.9%であったので、2.8ポイント多かった。

人件費比率は、71病院平均値が59.6%であるが、A病院では64.4%と平均値を上回っていた。坂田（2016）は、ケアミックス病院は多様な病棟機能をもっており、急性期病院に比して、入院単価の低下、人件費などの固定費率の増加、薬剤費や材料費の比率の低下という特徴があると述べている通り、ケアミックス病院であるA病院もリハビリテーションに力を入れており、人件費比率は71病院の平均よりも高い割合となっている。

材料費比率は71病院の平均が17.1%に対して、A病院の直近年度では8.6%と大きく下回っていた。その構成要素の一つである医薬品比率においても、71病院平均は7.2%であるが、A病院では2.8%となっている。これについても坂田（2016）が述べている通り、A病院は医薬品に頼る医療よりもリハビリテーションを交えた機能回復が重視され、医薬品費の割合は低いと考えられる。

減価償却費比率は71病院平均が4.6%、A病院の直近年度が1.9%となっている。これは2017年度が3.7%であったので、1.8ポイント低かった。A病院では建替えの計画が進んでいるので、投資を控えていることが一つの要因であると考えられる。

職員1人当たり医業収益は71病院平均値が約11,400千円であるのに対し、A病院では約10,000千円となり、約100万円の差がある。

1床当たり医業収益においても、71病院では19,600千円であるのに対して、A病院では17,500千円となり、ここでは200万円以上の差が出ている。

表6：A病院と収益性の比較

【一般病院・医療法人】 収益性		71病院 100床～199床 (平均：148.8床)	A病院 117床				
項目	単位	平均値	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度
医業利益率	(%)	1.4	1.2	0.7	4.9	3.1	-2.6
総資本医業利益率	(%)	1.2	1.2	0.7	4.9	3.2	-2.6
経常利益率	(%)	1.8	3.1	2.5	5.5	5.1	5.9
償却前医業利益率（補正指数）	(%)	5.6	4.9	4.0	7.3	5.4	-0.7
病床利用率	(%)	81.0	85.5	83.4	89.2	89.0	83.4
固定費比率	(%)	67.8	72.3	72.3	66.9	67.1	71.0
材料費比率	(%)	17.1	7.2	7.4	7.6	7.5	8.6
医薬品費比率	(%)	7.2	2.9	2.7	2.7	2.6	2.8
人件費比率	(%)	59.6	64.6	65.0	60.2	60.6	64.4
委託費比率	(%)	5.5	5.2	5.6	5.5	6.1	6.6
設備関係費比率	(%)	7.8	7.6	7.2	6.6	6.5	6.5
減価償却費比率	(%)	4.6	3.7	3.4	2.4	2.3	1.9
経費比率	(%)	7.6	5.6	5.5	5.3	4.9	5.6
金利負担率	(%)	0.6	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0
総資本回転率	(%)	100.2	100.3	96.6	100.9	103.5	102.1
固定資産回転率	(%)	155.2	255.2	280.1	323.2	316.2	301.2
常勤医師人件費比率	(%)	11.6	10.9	11.3	11.2	9.7	10.1
非常勤医師人件費比率	(%)	4.2	6.9	6.4	5.6	5.5	5.7
常勤看護師人件費比率	(%)	18.2	17.8	17.8	16.5	16.0	15.9
非常勤看護師人件費比率	(%)	1.1	1.2	1.0	1.0	1.2	1.0
常勤その他職員人件費比率	(%)	20.0	22.2	22.0	20.6	20.3	19.9
非常勤その他職員人件費比率	(%)	1.0	0.7	0.4	0.3	0.4	0.4
常勤医師1人当たり人件費比	(千円)	21,210	19,505	18,864	18,934	16,613	18,844
常勤看護師1人当たり人件費比	(千円)	5,371	5,244	4,960	5,230	4,733	4,388
職員1人当たり人件費	(千円)	6,648	5,746	5,876	6,020	6,080	6,458
職員1人当たり医業収益	(千円)	11,456	8,892	9,035	9,992	10,037	10,021
1床当たり医業収益	(千円)	19,662	15,352	15,676	17,336	17,500	17,557

（出所：ヘルスケア業界データブック 2020 を参考に筆者作成）

収益性において、A病院では2021年度のCOVID-19のクラスター発生が大きいですが、2017年度からの5年間の推移を見ると、順調に成長をしている。また費用面では、71病院の平均値と比べて低く抑えられていると言えることが分った。しかし職員1人当たり医業収益や1床当たり医業収益が低く、更なる収益力の確保が課題である。

#### 4-2-3-2. 安全性分析

表7に安全性の項目について示した。自己資本比率について、71病院の平均値は30.6%であったが、A病院では2017年度52.6%、2021年度は63.2%となっている。これは2017年度と比較して、10ポイント以上増加している。旧医療法では、医療法人は自己資本比率が20%以上でなければならないという規則があり、実際の自己資本比率も20%以上が望ましいといえる（医業経営I 2019）。

固定長期適合率は、71病院の平均値は87.2%であるが、A病院の直近年度では40.9%となり、2017年度と比較して約7ポイント減少している。一般的に100%以内が安全性の観点から許容範囲とされている（医業経営I 2019）。

流動比率について、71病院の平均値は162.2%であるが、A病院の2017年度は257.5%、2021年度では389.5%であり、2017年度と比べて130ポイント以上増加している。指標としては最低でも150%ぐらいが望ましいと言われている（医業経営I 2019）が、A病院ではその値の2倍以上の数値となっている。

1床当たり固定資産額では、71病院の平均値が13,686千円であるのに対し、A病院では2017年度が6,016千円、2021年度が5,830千円となっている。

いずれの項目においても良好であり、安全性が高く健全な経営状態といえる。

表7：A病院と安全性の比較

【一般病院・医療法人】 安全性		71病院	A病院				
		100床～199床 (平均：148.8床)	117床				
項目	単位	平均値	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度
自己資本比率	(%)	<b>30.6</b>	52.6	47.3	48.0	51.7	<b>63.2</b>
固定長期適合率	(%)	<b>87.2</b>	47.8	42.9	38.8	41.8	<b>40.9</b>
借入金比率	(%)	<b>51.4</b>	24.0	28.1	26.4	19.3	<b>12.4</b>
償還期間	(年)	5.4	6.4	7.7	5.6	4.6	3.2
流動比率	(%)	<b>162.2</b>	257.5	331.4	392.9	413.5	<b>389.5</b>
1床当たり固定資産額	(千円)	<b>13,686</b>	6,016	5,596	5,364	5,535	<b>5,830</b>
償却金利前経常利益率	(%)	6.8	6.8	5.9	7.9	7.4	7.8

(出所：ヘルスケア業界データブック2020を参考に筆者作成)

### 4-2-3-3. 機能性分析

表8に機能性について示した。平均在院日数について71病院の平均では24.1日となっているが、A病院2021年度では34.1日と10日長かった。これはA病院がケアミックス病院であり、回復期病棟や地域包括ケアといった機能を持っていることが、その一つの要因として考えられる。

患者1人1日当たり入院収益では、71病院の平均が42,832円、A病院の2021年度で43,778円であり、ほぼ同じような金額となっている。

外来患者1人1日当たり外来収益は、71病院の平均値が12,400円であるのに対して、A病院の2021年度では8,300円と、4,000円以上低かった。

医師1人当たり入院患者数では、71病院の平均値が6.1人であるのに対して、A病院では5.6人であった。2017年度と比べるとほぼ横ばいではあるが、前年の2020年度と比べると0.5ポイント低くなった。これはCOVID-19のクラスターが院内で発生したことで、入院の受け入れを中止したためである。

一方、医師1人当たり外来患者数は、71病院の平均値が8.5人であるのに対して、A病院の2021年度は11.0人であった。2020年度と比較すると2.1ポイント増加していた。これはCOVID-19の感染拡大により、発熱患者の診察や検査が急増したことが影響していた。

表8：A病院と機能性の比較

【一般病院・医療法人】 機能性		71病院	A病院				
		100床～199床 (平均：148.8床)	117床				
項目	単位	平均値	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度
平均在院日数	(日)	<b>24.1</b>	32.7	29.0	29.4	32.9	<b>34.1</b>
外来／入院比	(倍)	1.6	1.5	1.5	1.5	1.5	2.0
1床当たり1日平均外来患者数	(人)	1.2	1.0	1.0	1.1	1.1	1.3
患者1人1日当たり入院収益	(円)	42,832	41,336	40,702	42,456	43,486	43,778
患者1人1日当たり入院収益 (室料差額除く)	(円)	43,459	40,921	40,287	42,075	43,185	43,529
外来患者1人1日当たり外来収益	(円)	<b>12,415</b>	8,741	8,721	8,556	8,688	<b>8,302</b>
医師1人当たり入院患者数	(人)	<b>6.1</b>	5.4	5.6	6.2	6.1	<b>5.6</b>
医師1人当たり外来患者数	(人)	<b>8.5</b>	8.0	8.6	9.5	8.9	<b>11.0</b>
看護師1人当たり入院患者数	(人)	1.1	1.6	1.5	1.6	1.5	1.3
看護師1人当たり外来患者数	(人)	1.6	2.4	2.3	2.5	2.2	2.6
職員1人当たり入院患者数	(人)	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5
職員1人当たり外来患者数	(人)	0.7	0.7	0.7	0.8	0.7	0.9
紹介率	(%)	34.5	40.8	42.7	45.1	41.9	37.8
逆紹介率	(%)	<b>22.2</b>	24.5	21.6	25.9	20.6	<b>14.3</b>

(出所：ヘルスケア業界データブック 2020 を参考に筆者作成)

### 4-3. 患者マーケット・シェア分析

#### 4-3-1. 患者マーケット・シェア分析の概要

患者マーケット・シェア分析として、自院患者数を縦軸に、地域内でのシェアを横軸に取った散布図を作り、SWOT分析を行った。

縦軸に取った自院患者数は、数値が高いほど期間内に診療した患者数が多いことを示し、病院の受け入れ能力、すなわち内部環境要因を反映していると捉えた。

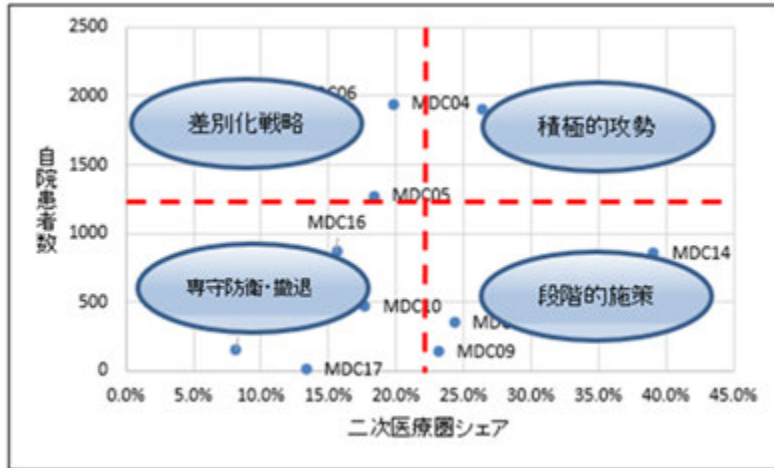
一方、横軸に取った二次医療圏内シェアは、数値が高いほど二次医療圏内で患者を占有していることを示し、病院の競争力、すなわち外部環境要因を反映していると捉えた（図12）。

		外部環境	
		脅威 (Threat) 地域シェアが低い	機会 (Opportunity) 地域シェアが高い
内部環境	強み (Strength) 患者数が多い	<u>差別化戦略</u> 自院の強みを分析し、地域で特徴ある診療を目指す	<u>積極的攻勢</u> 自院の特徴を伸ばし、さらに診療の充実を図る
	弱み (Weakness) 患者数が少ない	<u>専守防衛又は撤退</u> 地域のニーズを再分析して、診療科の閉鎖などを検討する	<u>段階的施策</u> 地域の医療ニーズに応えられるような対策を立てる

（出所：経営力・診療力を高めるDPCデータ活用術から引用）

図12：SWOT分析マトリクス

図13に、該当するセグメントの意味を示した。右上の「積極的攻勢」は、競争力、受け入れ能力ともに高く、更に強みを伸ばしていける状態である。右下の「段階的施策」は、競争力は高いが、受け入れ能力は低く、段階的に弱みを克服していく状態。左上の「差別化戦略」は、競争力は低い、受け入れ能力は高い状態であり、差別化による拡大を狙っていける状態である。最後に左下の「専守防衛又は撤退」は、競争力、受け入れ能力共に低い事を表しており、今後の方針を検討する必要がある。



(出所：経営力・診療力を高める DPC データ活用術を基に筆者作成)

図 13：位置付けの説明

#### 4-3-2. A病院と近隣（B～E）病院の分析

A 病院の位置する診療圏において、A 病院と近隣 4 病院（B～E）の分析を行った。図 14 は B 病院の患者マーケット・シェア分析を示している。

地域シェアが高かった疾患は MDC06（消化器系）、MDC16（外傷系）であり、積極的攻勢に位置している。MDC01（神経系）、MDC02（眼科系）、MDC17（精神系）は、地域シェアは高いが患者数が少ないため段階的施策に位置している。

その他の MDC は専守または撤退に位置づけられており、競争力や受け入れ能力はいずれも低い状態である。

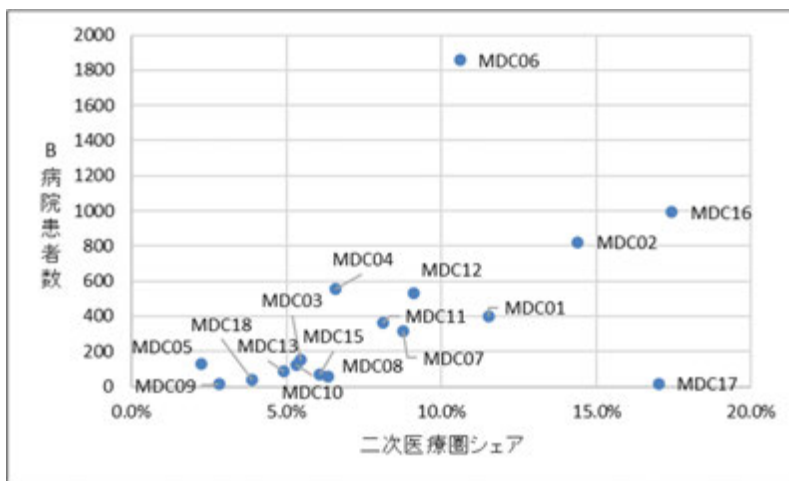


図 14：B 病院の患者マーケット・シェア分析



図 15 は C 病院の患者マーケット・シェア分析を示している。MDC01（神経系）、MDC05（循環器系）、MDC07（筋骨格系）、MDC16（外傷系）、MDC17（精神系）は、地域シェアは高いが患者数が少ないために、段階的施策に位置している。MDC06（消化器系）は差別化戦略に位置しており、地域シェアは低いながら、患者数が多い状態である。

その他の MDC は専守または撤退に位置づけられており、競争力や受け入れ能力はいずれも低い状態である。

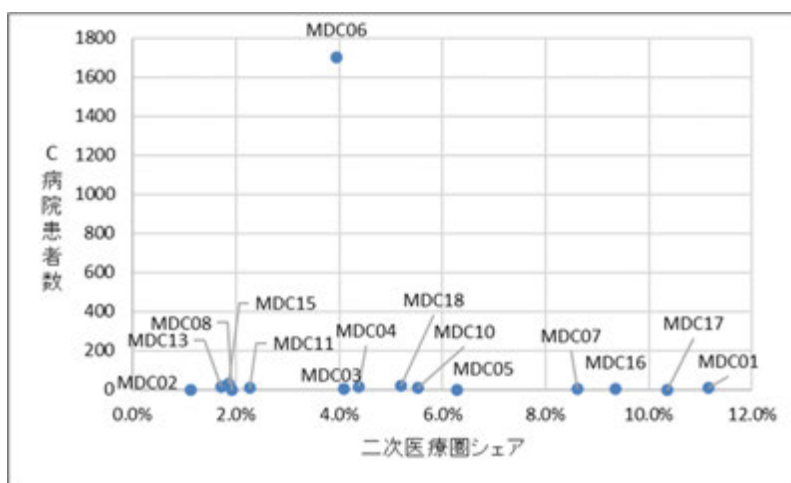


図 15 : C 病院の患者マーケット・シェア分析

図 16 は D 病院の患者マーケット・シェア分析を示している。多くの MDC 疾患において地域シェアが高かった。積極的攻勢に位置するのは、MDC02（眼科系）、MDC05（循環器系）、MDC11（腎・尿路系）、MDC12（女性生殖器系）であった。MDC01（神経系）、MDC03（耳鼻科系）、MDC07（筋骨格系）、MDC08（皮膚系）、MDC09（乳房系）、MDC13（血液系）、MDC18（その他）は、段階的施策に位置している。MDC06（消化器系）は差別化戦略に位置しており、患者数が多い状態である。診療科目も多く、急性期を中心とした基幹病院であることは明らかである。

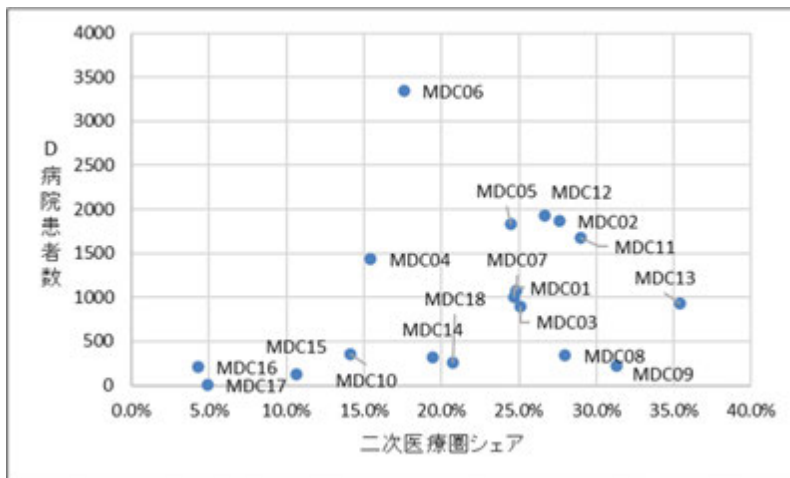


図 16 : D 病院の患者マーケット・シェア分析

図 17 は E 病院の患者マーケット・シェア分析を示している。多くの MDC 疾患において地域シェアが高かった。積極的攻勢に位置するのは、MDC01（神経系）、MDC05（循環器系）、MDC07（筋骨格系）、MDC16（外傷系）であった。MDC17（精神系）は、段階的施策に位置している。MDC04（呼吸器系）、MDC06（消化器系）は差別化戦略に位置し、地域シェアは低いが患者数が多い状態である。その他の MDC は専守または撤退に位置づけられており、競争力や受け入れ能力はいずれも低い状態である。

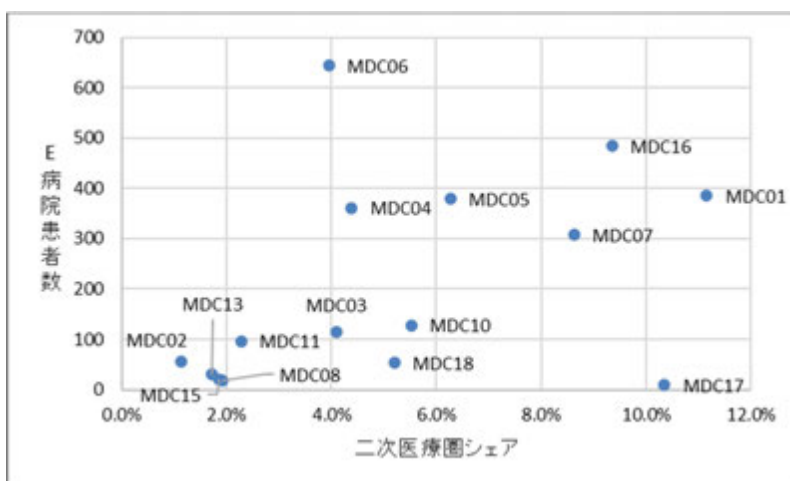


図 17 : E 病院の患者マーケット・シェア分析

図 18 は A 病院の患者マーケット・シェア分析を示している。地域シェアが高い疾患は MDC02（眼科系）、MDC16（外傷系）であった。特に MDC02（眼科系）は積極的攻勢に位置している。MDC07（筋骨格系）、MDC10（内分泌系）では、地域シェアは高いが患者数が少ないために段階的施策となった。その他の MDC 疾患は、競争力や受け入れ能力はいずれも低い状態であり、専守または撤退に位置づけられた。

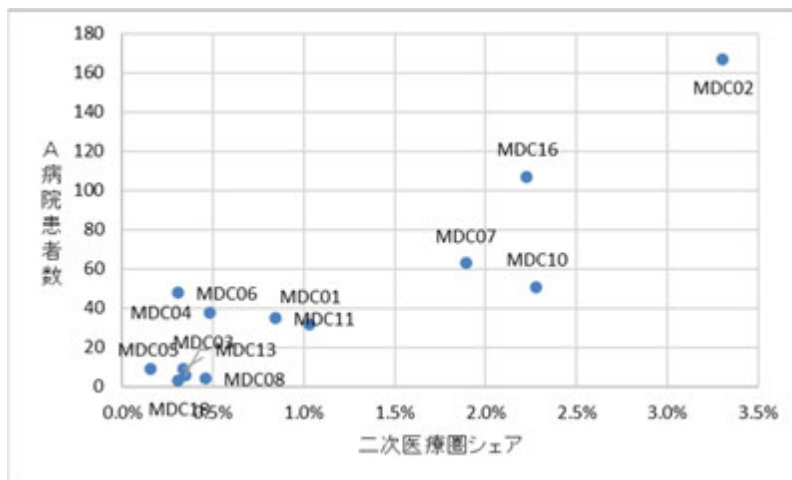


図 18 : A 病院の患者マーケット・シェア分析

#### 4-3-3. 患者マーケット・シェア分析小括

ケアミックス病院である A 病院の役割は、急性期病院からの転院、自宅からの入院、診療所からの紹介、介護・福祉施設からの入院をサポートすること、そして、入院した患者を自宅や施設へ帰していくことである。

患者マーケット・シェア分析では、地域シェアが高い疾患は MDC02（眼科系）、MDC16（外傷系）と示された。A 病院は、MDC02（眼科系）では白内障等を、また MDC16（外傷系）の整形外科関連の疾患も多く診ており、積極的攻勢に位置し、地域シェアが高く強みと示された。

MDC07（筋骨格系）では整形外科関連、MDC10（内分泌系）では糖尿病や高血圧などの慢性疾患を多く受け入れているが、地域シェアは高いものの患者数が少ないため、段階的施策となった。

眼科関連、整形外科関連患者を中心に、地域シェアが高くなっている。これらの疾患では、地域住民から必要とされるニーズに応え、地域での役割を果たすことができている。それ以外の MDC 疾患は、競争力や受け入れ能力はいずれも低く、専守または撤退に位置づけられた。

## 4-4. 経営戦略の方向性と根拠

### 4-4-1. 戦略の方向性

「4-1. 外部環境分析」、「4-2. 内部環境分析」、「4-3. 患者マーケット・シェア分析」で得られた情報からのクロス SWOT 分析結果（表 9）から経営戦略の方向性を述べる。

①【強み×機会】では、A 病院の外来・入院患者共に、約 7 割が S 町の住民である。更に 2045 年には高齢化率が 35.82%と進行し、2020 年を 100 とした介護需要予測指数は、2045 年には 120 となる見込みである。継続して高齢者の医療・介護需要は高いと考えられる。A 病院は S 町において唯一の病院であり、地域密着型病院としての機能を強化し、更にかかりつけ患者を増やしていくことが戦略として考えられる。

多くの高齢者は慢性疾患を抱えたまま退院していくことになり、地域で生活していくためには生活の支援が必要になる。入院中の早い段階から、医師、看護師、リハビリセラピスト、ケースワーカー、ケアマネジャーといった、医療・介護・福祉の専門職がチームとして関わり、地域で支える体制を整えることにより、患者は安心して地域に帰っていくことができる。また関係が構築されていれば、繰り返される入退院においても、かかりつけ患者として関係性を継続することができる。

このようにかかりつけ患者を増やしていくことが、更に S 町でのシェアを高め、差別化に繋がることになる。

②【強み×脅威】であるが、A 病院の患者の約 7 割が S 町の住民である。S 町の 65 歳以上の老年人口は 2000 年から 2020 年の約 20 年間で 2 倍以上に増加しており（4,201 → 8,662 人）、高齢者のケアが課題となっている。高齢者に多く見られる疾患として、認知症などが挙げられる。A 病院には回復期リハビリテーション病棟、地域包括ケア病床があり、後方支援の役割を活かして、急性期からの医療の継続を行うことができる。認知症疾患患者の急性期治療や、他急性期病院からの転院受け入れを強化する戦略が考えられる。急性期治療が必要な認知症疾患患者に対して速やかに対応ができる病院として、他医療機関や地域の救急隊と連携を取り、断らない受け入れを推進していくことで、他医療機関との差別化を図る。

③【弱み×機会】について、A 病院のマーケット・シェア分析によると、MDC02（眼科系）、MDC07（筋骨格系）、MDC10（内分泌系）、MDC16（外傷系）以外は全て、専守または撤退に位置づけられている。A 病院は他病院と比較して医療実績は高くないため、クリニック、介護福祉関連施設、救急隊との連携を強化し、増患に繋げていく。主な診療機能である眼科系や整形外科系を扱っているクリニックとの連携の強化が望まれ

る。

④【弱み×脅威】では、A病院はS町唯一の病院であるが、それにより競合他社が居ないと思い現状維持に走り、地域に必要なサービス開発が出来ておらず、競争相手がいるからこそそのサービス向上に意識が向きにくくなる。地域の中での自法人の役割や機能、ポジショニングを明確にし、必要とされるサービスを提供し続け、地域のニーズ、地域住民が求めているものに対し、常にアンテナを張り続けることが重要である。

表9：A病院のクロスSWOT分析

		外部要因	
		機会 (Opportunity)	脅威 (Threat)
		<ul style="list-style-type: none"> <li>S町に病院が一つしかない</li> <li>高齢者の増加</li> <li>在宅医療の体制は整っている</li> <li>大都市型二次医療圏</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>人口の減少と少子化</li> <li>かかりつけ患者の高齢化</li> <li>他医療機関進出の可能性</li> </ul>
内部要因	強み (Strength)	<p>①【強みを活かす】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>立地を活かして、S町での地域医療に集中する</li> <li>地域密着型病院での役割を果たす</li> </ul>	<p>②【強みで脅威に立ち向かう】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>認知症疾患患者の対応を強化する</li> <li>ケアミックスの機能、後方支援の役割を活かして連携を図り、患者を獲得していく</li> </ul>
	弱み (Weakness)	<p>③【弱みを転換して機会を掴む】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>クリニック、施設関係、救急隊との連携を強化する</li> </ul>	<p>④【脅威を回避する】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>医療の質、サービスの質の維持向上を図る</li> <li>ベッドコントロールの精度向上を図る</li> </ul>

(出所：4-1. 外部環境分析、4-2. 内部環境分析から筆者作成)

#### 4-4-2. 差別化集中戦略

鈴木 (2017) は、地域包括ケアシステムにおける病床規模別にみた病院の方向性で、200床未満の病院は、ケアミックス病院或いは在宅療養支援病院として、地域包括ケアを支える病院、又は単科専門病院を選択するべきだと述べている。

また河田 (2019) は、病院と患者の関係は、リレーションシップ・マーケティングのように長期的な関係を取り結ぶことができれば社会的絆が強まり、ひいては経済的絆になり得る。ケアミックス機能を活かして、地域に根ざした医療サービスとして垂直的統合を継続的に強化することで、リピーター患者を増やして、他病院との差別化をしていかなければならない、と述べている。

A 病院のある S 町において、医療需要は 2030 年以降徐々に下降することが予測されているが、一方で介護需要は大きく高まることが予測されており、S 町唯一の病院である A 病院の目指すべき方向性としては、地域包括ケアシステムを支える病院としての役割を担っていくことが適している。

地域密着型のケアミックス病院として、地域の患者の緊急受け入れ、急性期からの医療の継続を行いつつリハビリの提供、そして入院した患者を自宅や施設へ帰していく、といった求められる地域包括ケアシステムでの立ち位置や役割を常に意識し、介護保険制度と医療保険制度の両分野から高齢者を地域で支えていくことが、生き残りには必要不可欠である。

## 5. 考察

A 病院を取り巻く地域医療分析を行い、役割や機能を明らかにしてきた。A 病院が急性期病院との競合ではなく、今後も地域において地域密着型病院として安定的に持続していくための体制構築と、そのマネジメントについて考察する。

### 5-1. 差別化集中戦略の必要性

三島二次医療圏における医療機能ごとの医療需要と病床の必要量推計(表 3)では、急性期機能は過剰であり、A 病院と近隣病院で行った患者マーケット・シェア分析(図 11～図 15)からは、A 病院が優位に立つことができる MDC 分類は少なかった。他病院との競合に加え、人口減少によって患者総数も必然的に減少していくと思われるので、それを踏まえた基本戦略であることが必要になってくる。そのためには差別化と集中が必要になる。

A 病院のクロス SWOT 分析からは、「強み×脅威」のセグメント②【強みで脅威に立ち向かう】が A 病院の差別化戦略となることから、ケアミックス病院として、後方支援の役割を活かして、急性期からの医療の継続を行うことを強化する。

また認知症疾患患者の急性期治療や、他急性期病院からの転院受け入れを促進する戦略が考えられる。他医療機関や地域の救急隊と連携を取り、断らない受け入れを推進していくことで、他医療機関との差別化に繋がっていくと考える。

一方、「弱み×機会」のセグメントから、③【弱みを転換して機会を掴む】が A 病院の集中戦略となる。A 病院は他病院と比較して、いわゆる医療実績は高くないため、急性期病院、クリニック、介護福祉関連施設、救急隊との連携を強化し、増患に繋げ

ていく。病床稼働率を安定させるために、職員1人当たりの収益力を高めるためにも、医療だけでなく、介護系の機関との連携を強化することに積極的に取り組むべきである。

また、S町の医師数は113.17名（全国平均250.83）と少ないものの、一般診療所は71.14施設（全国平均69.75）、在宅療養支援診療所は16.17施設（全国平均11.89施設）、在宅療養支援病院3.23施設（全国平均1.30施設）と全国平均を上回り、在宅医療の体制は比較的、整っている。そこで、A病院は地域でかかりつけ医機能や在宅医療も提供しているが、今後は、訪問診療を拡充していく戦略が考えられる。

A病院は在宅療養支援病院であり、24時間365日の訪問診療の体制を整えているが、対応している医師数に限りがある。S町とA病院の疾患比較によると、A病院が対応しきれていない疾患も明らかになっている。これは訪問診療に限った話ではないが、訪問診療においてもそういった部分の強化が望まれ、今後の高齢化の進展を考えると、訪問診療のニーズは更に増えていくものと考ええる。

また地域には訪問診療にも対応している開業医が複数いるので、A病院は地域の訪問診療のハブ機能として取りまとめに積極的に関わることで、病院としての強みを活かし、必要性があれば検査や入院といった医療サービスがすぐに提供出来る。

将来的に、訪問診療を担当している地域での主治医と入院中の患者カルテを共有することができれば、患者にとってその時点で何が最良の支援なのかを地域の主治医と情報連携が行える。或いはPHR（Personal Health Record）といったところまで共有ができるようになれば、疾病の早期発見、療養生活の質の向上、生活の質の向上といったことが期待でき、またLTV（Life Time Value：顧客生涯価値）やかかりつけ医機能も上がり、地域での差別化に繋がるものと考ええる。

## 5-2. 地域密着型ケアミックス病院の重要性

河田（2019）はケアミックス機能を活かした医療機関連携と高齢者を支える医療・介護マネジメントを可能とする複合的・継続的に踏まえた地域完結型の医療提供体制の構築が求められている、と述べている。

高齢者やケアを必要とする人々にとって、自分にとっての最適なケアを選択することは難しいため、入院中の早い段階から医師、看護師、リハビリセラピスト、ケースワーカー、ケアマネジャーといった、医療・介護・福祉の専門職がチームとして関わり、地域で支える体制を整えることにより、地域に戻ることができる道筋をつけて行く必要がある。

A 病院においても、患者が安心・納得して退院し、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続できるよう、患者や家族との面談、病棟でのカンファレンス、他職種共同による退院支援などを実施している。つまり、一人の入院患者の退院に向けて、A 病院の内外・職種を問わず多くの専門職が関わり、必要な連携と協働で水平的統合が為されている。

垂直的統合となる医療の提供体制を構築して、継続的な医療サービスを提供し続けるためには、一人ひとりを看ていくことが最も重要であり、そして患者自身もカンファレンス等に参画し、セルフマネジメントを推進していかなければならない。

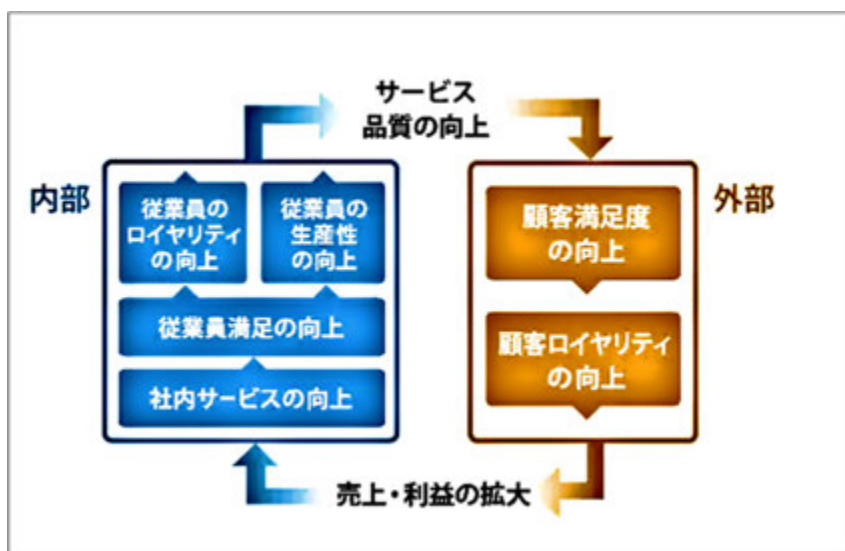
筒井 (2019) は、死は生活の場に戻ってくる。提供型の価値だけでは、医療や介護、生活支援サービスの領域での対応は難しくなってきた。だからこそ、この価値共創モデルによる共創型の価値が必要とされるようになった。「傍らで見守る力」を地域包括ケアシステムがもち得るかという大きなチャレンジでもある、と述べている。

ほとんどの人がどこに向かって旅をするのか分からずに準備をしなければならない状況の中で、この旅の準備を楽しむという新たな価値を見出せるかが、われわれの社会には問われている。どこに行くかが分からない旅の準備は難しい。旅立つ先がある程度、見通すことができこそ、楽しく準備できるものだからである。

われわれサービス提供者側にとって、患者が再び地域に戻って暮らせるようになること、或いは患者が次の旅に向けて心の準備ができるよう地域に戻ること、そのようにマネジメントすることは、患者にとっても家族にとっても、そしてサービス提供者側にとっても尊い経験となる。

それは患者ロイヤルティに繋がるだけでなく、院内でのサービスの向上、満足度の向上といったところなどに繋がり、A 病院の地域でのプライマリーケアの関わりを深めるものとなっていく (図 19)。点と点を支える医療と介護サービスではなく、「full integration(完全な統合)」にしていけるよう地域でのマネジメントを協働し行っていくことが、地域包括ケアシステムでの核となる、A 病院の地域密着型病院としての役割であると考えられる。





(出所：FRANCHISE 引用)

図 19：サービス・プロフィット・チェーン

## 6. おわりに

A 病院は、他病院と競合するのではなく、自施設での集中戦略を実行することが望ましいという示唆を得た。その理由として、高度急性期ではない一般病院は、在宅への橋渡しの役割を担う連携病院として急性期～回復期～慢性期の医療を司り、在宅での療養が行えない患者を一時的にみる役割を求められていると考えられるからである。

高齢化の進展に伴い、地域密着病院では今後ますます骨折や肺炎といった患者が多くなっていく。地域密着型中規模病院である A 病院は、地域においてインフラとしての役目を果たしていることを忘れてはならない。

地域医療の原点として、患者の栄養状態や持病を管理するなどして、病気の予防、健康の増進・維持に繋げる。かかりつけ医機能を発揮し、レスパイトケア、減薬調整、スクリーニングで虚弱者を見つける。そして訪問看護、地域リハビリテーション、訪問栄養指導などのサービスの必要性を察知し、可逆的な段階で介入する、といったことにも積極的に取り組むことが必要で、ケアミックス病院として、何より地域包括ケアシステムの要となるよう、サブアキュートや周辺機能としての役割を発揮していくことが重要と考える。

## 謝辞

本稿をまとめるにあたり、兵庫県立大学大学院社会科学研究科の筒井孝子教授、小山秀夫特任教授、貝瀬徹教授、木下隆志教授より、熱心且つ丁寧なご指導を賜りましたことに、深く感謝申し上げます。また情報提供にご協力いただきました介護マネジメントコース5期生の倉橋利成様には、ひとかたならぬご厚情を賜りましたことに深謝致します。そして共に学び多くの刺激と支援を頂いた同期の皆様に、心より感謝申し上げます。

## 参考文献（引用文献、引用ホームページを含む）

- [ 1 ] FRANCHISE  
<https://fc.dai.co.jp/glossary/334>（2022年7月24日アクセス）
- [ 2 ] JMAP（2020a） 地域医療情報システム 大阪府三島医療圏  
[https://jmap.jp/cities/detail/medical\\_area/2702](https://jmap.jp/cities/detail/medical_area/2702)  
（2022年6月26日アクセス）
- [ 3 ] JMAP（2020b） 地域医療情報システム 大阪府S町  
<https://jmap.jp/cities/detail/city/27301>（2022年7月1日アクセス）
- [ 4 ] S町 第五次S町総合計画  
<https://www.town.shimamoto.lg.jp/uploaded/attachment/3647.pdf>  
（2022年6月30日アクセス）
- [ 5 ] S町人口ビジョン  
<https://www.town.shimamoto.lg.jp/uploaded/attachment/3616.pdf>  
（2022年7月1日アクセス）
- [ 6 ] S町統計書 令和元年度版  
<https://www.town.shimamoto.lg.jp/uploaded/attachment/4159.pdf>  
（2022年7月1日アクセス）
- [ 7 ] The Greats マイケル・ポーターの名言  
<https://the-greats.com/people/1706>（2022年6月11日アクセス）
- [ 8 ] 荒井耕・渡邊亮・阪口博政 [2013] 「DPC 関連病院における管理会計の活用状況」  
『産業経理』73（3）、77-89。
- [ 9 ] 飯村直子（2014）「小児科一般外来における看護師の働き ある地域密着型中規模病院におけるエスノグラフィー」日本看護科学会誌 34巻 46-55。

- [10] 一般社団法人 全国公私病院連盟 令和3年度病院運営実態分析調査  
<https://www.byo-ren.com/pdf/r3gaiyou.pdf> (2022年6月24日アクセス)
- [11] 茨木市地域医療資源調査分析報告書平成概要版-平成31年3月  
<https://www.city.ibaraki.osaka.jp/material/files/group/31/houkokusyoikatuu.pdf> (2022年8月1日アクセス)
- [12] イノベーションの民主化 SCP理論  
<https://recurrentbusinessblog.com/> (2022年7月18日アクセス)
- [13] 今井志乃ぶ (2017) 『経営力・診療力を高めるDPCデータ活用術 増補改訂版』  
日経ヘルスケア、282-288。
- [14] 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  
計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』  
第5巻第2号、17-31。
- [15] 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』第3巻第1号、167-182。
- [16] 大阪府M郡S町 (2019)、「第五次総合計画の策定に係る人口推計資料」  
<https://www.town.shimamoto.lg.jp/uploaded/attachment/3638.pdf>  
(2022年7月17日アクセス)
- [17] 大阪府 二次医療圏における医療体制  
<https://www.pref.osaka.lg.jp/attach/2502/00271255/0902.pdf>  
(2022年6月26日アクセス)
- [18] 大東芳子(2017) 「神戸医療圏北部エリアにおける地域医療分析ー地域を支え続  
けるための医療アライアンス戦略ー」『商大ビジネスレビュー』第7巻第2  
号、95-99。
- [19] 大阪府地域医療構想 (平成28年3月)  
<https://www.pref.osaka.lg.jp/iryo/keikaku/kousou.html>  
(2022年8月1日アクセス)
- [20] 倉橋利成 (2019) 「S町A医療法人における地域共生戦略ーS町の地域包括ケア  
システムに関する分析結果かー」『商大ビジネスレビュー』第9巻第3号、37-76
- [21] 厚生労働省 医療法人の適正な運営に関する調査研究  
[https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/2houkokusho\\_h24-02\\_3.pdf](https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/2houkokusho_h24-02_3.pdf) (2022年6月12日アクセス)
- [22] 厚生労働白書2019

- <https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/07/dl/0101.pdf>  
(2022年6月21日アクセス)
- [23] 厚生労働省 病床機能報告 (平成30年度)  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/open\\_data\\_00005.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/open_data_00005.html)  
(2022年8月1日アクセス)
- [24] 厚生労働省 DPC 導入の影響評価に係る調査「退院患者調査」の結果報告について  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/shingi-chuo\\_128164.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/shingi-chuo_128164.html)  
(2022年8月1日アクセス)
- [25] 厚生労働省 令和2年(2020)患者調査の概況  
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/20/index.html>  
(2022年8月15日アクセス)
- [26] 坂田薫(2016)「ケアミックス病院における診療・財務情報を用いた看護職員配置と入院診療単価の適正性」『商大ビジネスレビュー』第6巻第2号、111-131。
- [27] 持続可能な最善の医療を実現する次世代型ヘルスケアプラットフォームの構築  
<https://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-23-t253-1.pdf>  
(2022年6月13日アクセス)
- [28] 白木秀典(2017)「地域中小医療法人の経営評価のフレームワーク」  
<https://core.ac.uk/download/pdf/154886471.pdf>  
(2022年7月18日アクセス)
- [29] 鈴木邦彦(2017) 日本医師会 全国在宅医療会議ワーキンググループ 地域包括ケアシステムにおけるかかりつけ医の役割 資料 1-1  
<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000187274.pdf> (2022年7月17日アクセス)
- [30] 政府統計の総合窓口 (e-Stat)  
<https://www.e-stat.go.jp/dbview?sid=0003313909>  
(2022年7月7日アクセス)
- [31] 全日本病院協会 地域包括ケアシステム  
<https://www.ajha.or.jp/guide/5.html> (2022年7月17日アクセス)
- [32] 地域人口関連統計表の収納庫 大阪府三島医療圏  
<http://pop-obay.sakura.ne.jp/figures/figures52702.html>  
(2022年6月26日アクセス)
- [33] 地域再生計画

- [https://www.chisou.go.jp/tiiki/tiikisaisei/dai59nintei\\_furusato/plan/b161.pdf](https://www.chisou.go.jp/tiiki/tiikisaisei/dai59nintei_furusato/plan/b161.pdf) (2022年7月1日アクセス)
- [34] 地域包括ケア見える化システム  
[https://mieruka.mhlw.go.jp/mieruka/webapp/S020100\\_init](https://mieruka.mhlw.go.jp/mieruka/webapp/S020100_init)  
(2022年7月1日アクセス)
- [35] 筒井孝子 (2014) 『地域包括ケアシステム構築のためのマネジメント戦略—integrated careの理論とその活用—』中央法規出版株式会社、33、50、54。
- [36] 筒井孝子 (2019) 『地域包括ケアシステムの深化—integrated careの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、4-5。
- [37] 内閣府 平成29年版高齢社会白書(概要版)  
[https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2017/html/gaiyou/s1\\_2\\_3.html](https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2017/html/gaiyou/s1_2_3.html) (2022年7月17日アクセス)
- [38] 日医総研ワーキングペーパーNo.323「地域の医療提供体制の現状と将来-都道府県別・二次医療圏別データ集 - (2014年度版)」  
[https://www.jmari.med.or.jp/download/wp323\\_data/27.pdf](https://www.jmari.med.or.jp/download/wp323_data/27.pdf)  
(2022年6月26日アクセス)
- [39] 日医総研ワーキングペーパーNo.443「地域の医療提供体制の現状- 都道府県別・二次医療圏別データ集 - (2015年度版)」  
<https://www.jmari.med.or.jp/result/working/post-266/>  
(2022年6月26日アクセス)
- [40] 日医総研 日医総研ワーキングペーパー 地域の医療提供体制の現状-都道府県別・二次医療圏別データ集- (2018年度版)  
<https://www.jmari.med.or.jp/download/WP426/WP426-27.pdf>  
(2022年7月7日アクセス)
- [41] 日医総研 日医総研ワーキングペーパー 地域の医療介護提供体制の現状-市町村別データ集(地域包括ケア関連) - (2020年4月第5版)  
<https://www.jmari.med.or.jp/download/WP444/WP444-27.pdf>  
(2022年7月7日アクセス)
- [42] 宮地千尋(2012)「地域包括ケアシステムにおける在宅療養支援病院の経営戦略」『商大ビジネスレビュー』第2巻第1号、281-294。
- [43] 光本祐也(2021)「民間病院激戦地域における医療法人Mの経営戦略-ポジショニング分析に基づく一考察-」『商大ビジネスレビュー』第11巻第2号、203-251。