

# H病院におけるリハビリテーション病棟計画の戦略

## —伊丹の「経営戦略の論理」<sup>1</sup>を使って—

服部 哲也

キーワード：リハビリテーション病棟、経営戦略の論理、透析、戦略的適合、  
ビジネスモデル

### 1. はじめに

日本全国の病院施設 8,567 のうち 5,702 施設 (66.5%)、全病床数 157 万床の 85 万床 (54%)<sup>2</sup>を私的病院が占めている。厚生労働省の指導のもと病床機能報告制度が始まり、病院の機能分担、病床数の適正化がいよいよ実行に移されようとしている。地域医療ビジョンが策定されていくなか、中小の私的病院が地域で存続し続けていくためには、競争的優位性を求め、独自の病院の特色を生かした戦略を立てる必要がある。

これからの中小病院の果たす役割は、地域包括ケアの中心となって在宅患者を支援することとされている。地域包括ケアの概念は患者を治療するだけではなく、生活の質を確保し、予防、リハビリテーション、介護、および住人による地域の支援活動までを含んだ保健・医療・福祉を統合する取り組みである。団塊の世代が後期高齢者になる 2025 年までに、安心、安全で QOL の高い生活を継続できるよう医療・介護のサービスを適切に提供するために地域包括ケアシステムの構築が必要と考えられている。高度急性期病院が在院日数短縮のため在宅復帰率を高めるのと同様に、一般急性期病床、包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟、療養病棟、介護施設に至るまですべての施設で在宅復帰率を高める誘導策がとられている。しかし、高齢者で ADL の低下した患者を在宅に帰すことは困難な場合があり、このことが地域包括ケア構想の

---

<sup>1</sup>伊丹敬之(2012)『経営戦略の論理 第4版』日本経済新聞出版社。

<sup>2</sup>厚生労働省(2012)『医療施設動態調査』。

大きな問題点となっている。

一方、医療機関による医療・介護の複合体の形成化が進み、老人保健施設や、特別養護老人ホームを持つ病院が増加した。このことも在宅に戻せない患者の受け皿として困った医療機関が、少しでも在宅医療へ近づくために川下に向かった垂直統合戦略である。しかし、老人保健施設から在宅への動きは極めて緩やかである。特養においては終の住処としてそこで生涯を終えることがほとんどである。病院の中での回復期リハビリテーション病棟は在宅復帰率 70%以上と高い復帰率を保っているが、療養病床では在宅復帰率 10%を確保することも困難な場合があり、実際には行き場を失った不安定な慢性疾患を持った高齢者が占めているのも事実である。

こういった中、在宅復帰を強く推し進める力となるのがリハビリテーションである。高齢者医療においては多くの知識や技術・治療法が必要で、質の高い医療を展開するためには多職種専門家によるチーム医療が必要である。さらに、在宅に向けては栄養管理とリハビリテーションが普遍的に実施されるような基盤づくりが重要である。以前より急性期（救急）医療においてはリハビリテーションに対する認識は改善されつつあり、栄養サポートチーム（NST）などのチームの活動は診療報酬の後押しもあって多くの病院で活発になってきている。回復期リハビリテーション病棟の誕生から 10 年を経過して、その整備が急速に進み、従来は慢性期医療として位置付けられていたリハビリテーション医療に大きな転換が起こり、昨今ではより急性期（救急）医療に近接したものとして認識されるようになってきた。回復期リハビリテーション病棟は今や全国で 6 万床を超えるようになり、急性期と維持（生活）期の架け橋、つまり高度に進歩した臓器別専門的治療を安心して在宅へもどすため、地域連携の中心的存在として重要な役割を担っている。今後も回復期リハビリテーション病棟は、地域における明確な機能・役割が、より求められる。また維持（生活）期リハビリテーション（特に介護保険サービス領域）についても自宅のみならず施設（高齢者住宅を含め）においても、その必要性は継続していく。

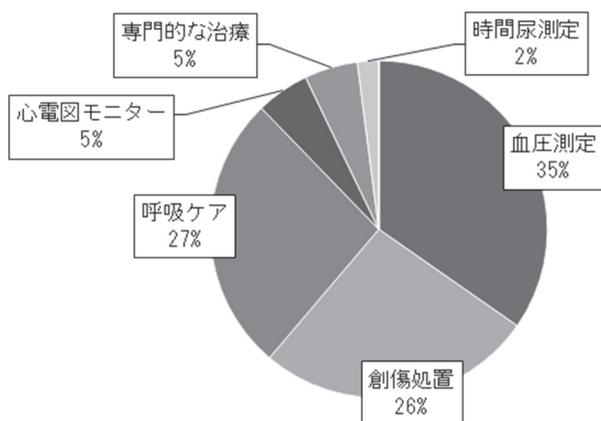
どのように質の高い医療サービスや介護サービスが提供されても、高齢者や障害者が安心した地域生活を送れなければ、そこに展開される地域医療や介護は最終的な目標を失ってしまう。われわれ医療従事者が関わる患者、そして家族が自立した尊厳ある地域社会の一員として参画していけるような地域のシステムづくりが重要であり、そのためにも地域包括ケアシステムと地域リハビリテーションが融合していくことが

重要である<sup>3</sup>。

そこで本稿の目的は、H病院の現状を把握し、人々が地域社会の一員として社会参加ができるような仕組みづくりを提案していくことである。その際、各病棟でのリハビリテーションを行う上での課題を探るために、在宅復帰の問題点について病棟機能別に考えてみる。

## 2. 回復期リハビリテーションの現状

回復期リハビリテーション入院基本料1を算定する病棟での在宅復帰率は70%以上と高い在宅復帰率をクリアしている。また看護必要度A項目1点以上15%以上、B項目（日常生活機能評価）10点以上が30%以上と重症患者の在宅復帰にも貢献しているように思われる。この実態について平成24年に行われた回復期リハビリテーション病棟協会の実態調査結果(岡本(2013))をみると、真の重症患者については在宅復帰が難しいことが示されている。図1はA項目1点以上の項目の占めるパーセントを示し



出典 平成24年度実態調査結果

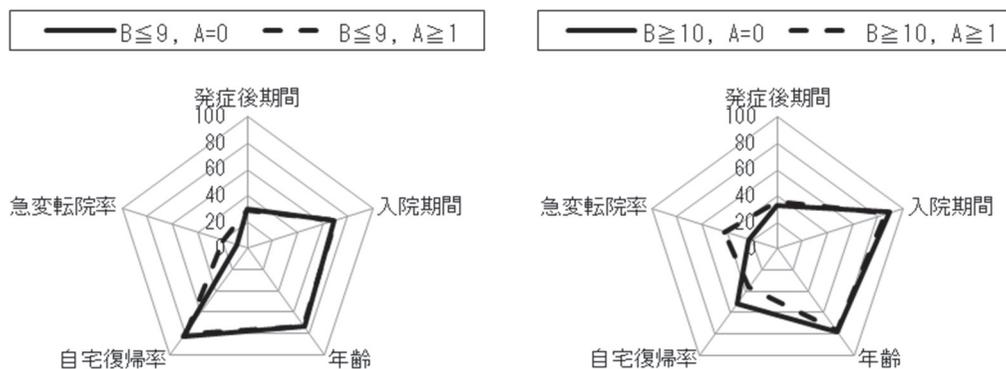
図1：A項目1点以上の項目の占めるパーセント

たものである。A項目は処置の重症度であるが、血圧測定、創傷処置、呼吸ケアが突出して高かった。呼吸ケアは予想された項目であるが、血圧測定・創傷処置が予想以

<sup>3</sup> 日本リハビリテーション病院施設協会 <http://www.rihakyoh.jp/greeting.html/>

上に高い割合であった。重症度判定としてA項目は疑問が残る結果であった。

図2(次頁参照)は発症後期間、入院期間、年齢、自宅復帰率、急変転院率の各項目をレーダーチャートにしたものである。B項目を9点以下と10点以上に分け、さらにA項目を0点と1点以上に分け、合計4つのグループをつくって、比較してみると、B項目が9点以下、10点以上で分かれる傾向にあった。ただしA項目の有無による差はあまりみられなかった。

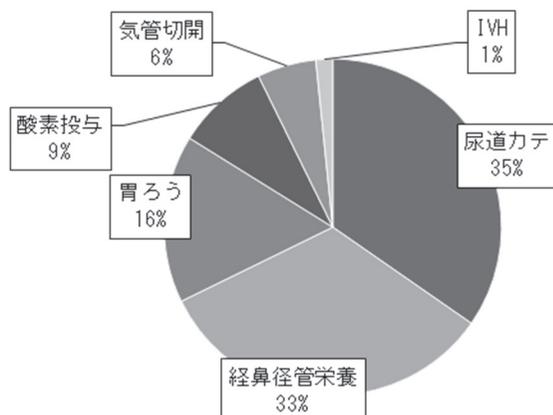


出典 平成24年度実態調査結果 一部変更

図2：A項目、B項目別の自宅復帰率と急変転院率

4つのグループの中で、とりわけB項目10点以上かつA項目1点以上のグループは、最重症で改善効果も得られにくい患者群であり、自宅復帰率が最も低く、急変による転院率が最も高いグループである。

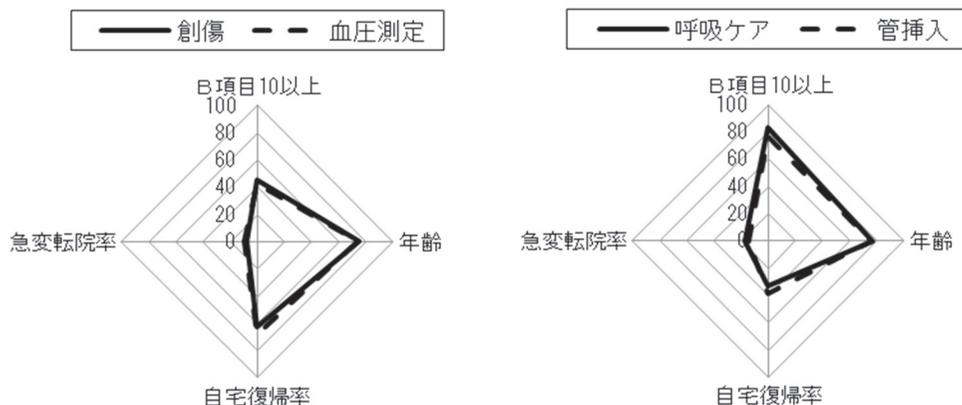
次に回復リハビリテーション病棟に転棟した時点で何らかの点滴やカテーテルが挿入されていた患者を「管」挿入群として検討した。次頁図3は「管」の内容とパーセントを示したものである。「管」の内容は尿道カテーテルと経鼻経管栄養が多く、胃ろう、酸素投与、気管切開の割合は低かった。



出典 平成 24 年度実態調査結果

図 3：管の挿入内容

また図 4 は、A 項目のなかで多数を占めた創傷処置、血圧測定、呼吸ケアが必要だった患者と、「管」挿入の患者像を比較したものであり、B 項目 10 点以上、年齢、自宅復帰率、急変転院率についてレーダーチャートで表した。呼吸ケアが必要な患者と「管」挿入患者は似通った患者像を示していた。この両群は ADL や自宅復帰率は低く、急変での転院率が高い、いわゆる「医療的重症患者」であることがわかる。



出典 平成 24 年度実態調査結果 一部変更

図 4：A 項目と管挿入と重症患者 B 項目 10 以上の割合との比較

一方、創傷処置、血圧測定が必要な患者は、B 項目、自宅復帰率、急変率ともに差があり、医療的に重症患者とはいえない。抜糸や創部の処置、血圧測定 5 回以上とい

う解釈が病院ごとに異なり、医療的に重症ではない患者が多く含まれていることが考えられる。当初 A 項目を導入することで、「急性期病院のベッド回転を停滞させている重症患者を回復期病棟が積極的に受け入れること」が期待されていた。しかし、A 項目 1 点以上の患者には医療的に重症とはいえない患者が含まれていることがわかった。一方、B 項目（日常生活機能評価）10 点以上の患者は、「管」の挿入率や呼吸ケアが必要な患者、いわゆる「医療的重症度」とある程度相関していると考えられ、B 項目のみでも重症患者の評価としては十分であるといえる。高い在宅復帰率を持つ回復期リハビリテーション病棟でも呼吸ケアが必要な患者の復帰率は低い(岡本(2013))。このことからより早期のリハビリテーションの介入により、肺合併症を予防する必要がある。既存症、合併症、肺炎等を起こすと本来回復するはずのポテンシャルまで持ち上げられなくなる。転倒・骨折や再発にも同様である。脳卒中合併症の頻度と発症時期に関する研究報告(Langhorne *et al.* (2000)) によると、疾患ごとに合併症の発症する頻度と時期は異なる。発症 30 日前後の回復リハビリテーション病棟転院例では転倒、うつ状態、疼痛などに最も注意を必要とする一方、発症 2 週間以内では肺炎、尿路感染、褥瘡、脳卒中再発、呼吸器感染の発生頻度が高い。発症 2 週間以内の合併症は重篤化することが多く、その頻度が最近増えている(宮本(2014))。この部分のケアが重要であり、その後の回復リハビリテーション病棟での予後を左右する。

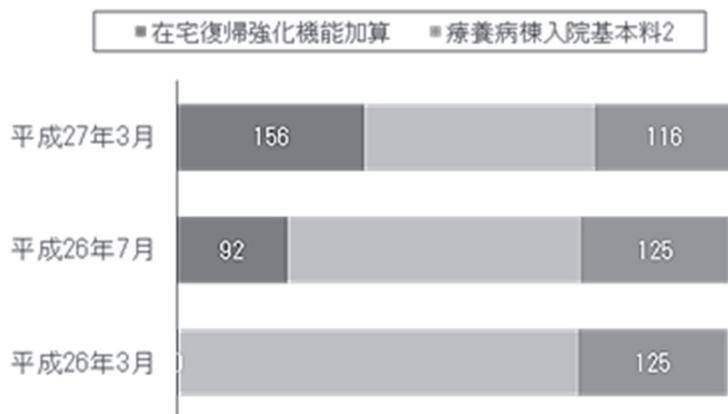
### 3. 療養病床における現状

#### 3-1. 在宅復帰

図 5 は平成 26 年度日本慢性期医療協会による会員病床数調査集計<sup>4</sup>である。これによると、26 年度の改定で新設された「在宅復帰機能強化加算」を算定している病院は、464 病院のうち 156 病院であった。改定後の 7 月に 92 病院が「強化型」を算定し、今年 3 月には 156 病院が算定する予定となっている。平成 26 年の 3 月時点では、459 病院のうち療養病棟入院基本料の「20：1」が 334 施設、「25：1」は 125 施設であった。アンケート調査の結果を見ると、27 年度 3 月に「25：1」が 125 施設から 116 施設に減り、「20：1」は増えている。今回の改定を振り返ると、病院は治療の場であって、

---

<sup>4</sup>日本慢性期医療協会 <http://www.manseiki.net/?P=2900/>



出典 平成26年度日本慢性期医療協会 会員病床数調査集計結果

図5：在宅復帰強化加算の習得状況

「療養」という概念を病院・病床からなくそうというベクトルが働いていると思われる。療養病床を治療病床にレベルアップさせた上で、「一般病床」と「療養病床」に区分している病床を「治療病床」に統一するという意図が見られる。

療養病床にはどうしても在宅に帰るのが難しい人がいる。そうした人々を今後どうするべきか。例えば、気管切開している重度の患者、こうした人々を受け入れるのは「重度長期慢性期病棟」である。療養病床は、それぞれの地域のなかで、患者が急性期から在宅医療や介護施設へ移行する前に比較的長期入院する通過地点の役割を果たしている。また、在宅の患者や介護施設の入所者が、入院医療が必要になったときは、その状況に応じてスムーズに受け入れるという役割も担っている。医療療養病床では、医療区分2・3の患者を80%以上確保することで経営が成り立つ。いまだに医療的な処置をほとんど行わずに、ただ寝かせておくだけの療養病床も存在することは否定できない。どうしても“治療する”意識が薄れる傾向にある。療養病床はどのような機能を果たすべきなのかを、経営者もスタッフも強く認識することが大事である。今後、役割を認識していない療養病床は必ず淘汰されていく。生き残りのカギは“質の担保”である。サ高住や在宅の整備が進められているわけであるが、“絶対量”が足りず、サ高住については“質”がともなっていないのが現実である。民間企業の参入が進み、そこで働くスタッフを見ると、その多くが医療や介護の実務に携わったことがない未経験者で構成されている。それでは療養病床の受け皿にはなり得ない。医療療養病床

が治療病床として質を確保し生き残るためには、リハビリテーションに力を入れ、在宅復帰に努めることが必要である。

### 3-2. 今後の方向

今後、療養病床はどのような方向に進んでいくべきか。その戦略はいろいろある。たとえば、地域の三次救急の「受け皿」の機能を果たすことも1つである。三次救急は常に満床状態で受け入れ先がないケースも多いわけなのでそこをしっかりと補完する。また、三次救急に運ばれたミスマッチの患者さんを療養病床が受け入れるということも重要な役割となる。急性期医療の機能を持ちながら経営するというのは1つのあり方だと思われる。もう一つは、在宅医療への取り組みである。在宅療養支援病院も創設されたので、そうした制度を利用して地域に積極的に出て行くことも必要である。在宅支援病院として開業医の先生とのネットワークづくり、リハビリテーションの支援センターとしてのネットワークづくり両方を融合した支援体制ができる病院であることが重要である。

### 3-3. 慢性期リハビリテーションについて

「脳血管疾患等リハビリテーション料」は現在、「発症、手術または急性増悪から180日を超えてリハビリテーションを行った場合」については、1か月13単位に限って算定できるが、今改定で「要介護被保険者等については平成26年3月31日までに限る」とされた。「運動器リハビリテーション料」については算定上限日数が150日である。そこで、上限日数を超えたリハビリテーションの必要性を訴えるため、日本慢性期医療協会では会員14病院を対象に、平成26年1月1日から6月30日にかけて調査した。対象者は、上記期間に標準的算定日数を迎えた患者のうち、以後6か月間リハビリテーションを継続した患者207人（平均年齢81.0歳）である。武久の報告<sup>5</sup>によると、リハビリテーション開始から算定日数上限までに改善が見られた患者はFIM<sup>6</sup>で「+5.1」であった。一方、算定日数上限から6か月後の変化を見てみると、FIMで「+10.8」であった。つまり、上限日数を超えた後のリハビリテーションは、上限日数までのリハビリテーションの2倍（FIM）の効果があることが分かった。同様に、廃用症候群の改善例を見てみると、リハビリテーション開始から算定日数上限まではBI

<sup>5</sup> 日本慢性期医療協会 <http://www.manseiki.net/?P=2240/>

<sup>6</sup> 機能的自立度指標（functional independence measure）

で「-0.4」、FIMで「-1.3」であった。ところが、算定日数上限から6か月後は、BIで「+13.0」、FIMで「+10.0」という結果が出た。リハビリテーション日数のカウント開始が「発症、手術または急性増悪」となっているため、高度急性期病院に入院している間に、リハビリテーションを十分にできないまま上限日数が近づいてしまう状況を指摘している。「高度急性期に長くいればいるほど、リハビリテーションの開始が遅れる。従って、上限日数までの間は改善しない。上限日数を超えた後にどんどん良くなっていく」と説明されている。平均向上点数が高かったFIM運動項目として、食事(2.18)、トイレ動作(2.35)のほか、トイレ移乗(2.28)、移動(2.18)を挙げている。「自分で食事がとれて、自分で動くことができトイレが自立すれば、自宅に帰ることができる。ところが、在宅復帰につながるような項目が平成26年4月から医療保険の適用外になる。ということは、今後ますます自宅に帰れない人が慢性期病院にたくさん発生することになる」と警鐘を鳴らしている。

## 4. H病院における現状

### 4-1. H病院の概要

H病院は兵庫県北播磨医療圏に位置し1967年に7床の有床診療所として開設された。その後1979年には55床となり、透析医療が開始された。1993年には現在の150床(一般病床100床、療養病床50床)となった。現在H病院が標榜する科は内科、腎臓内科、糖尿病内科、消化器内科、外科、整形外科、脳神経外科、婦人科、リハビリテーション科、放射線科である。また2009年に隣接医療圏に透析クリニックを開設し、2012年には病院に近接して介護老人福祉施設を建設した。救急告示病院として、内科、外科、整形外科、脳神経外科の救急患者を受けている。医療従事者は常勤の医師10名、看護師93人看護助手42人(13対1看護体制)、臨床工学士14名、薬剤師7名、管理栄養士4名、リハビリテーションスタッフ(作業療法士4人、理学療法士14人、言語聴覚士2人)20名で構成されている。

### 4-2. H病院のクロスSWOT分析

次頁の表1はH病院のクロスSWOT分析である。このなかで、新病棟建築、急性期慢性期病棟が併設、透析リハビリテーションに注目した。回復期リハビリテーションの役割として透析患者のリハビリテーションを中心に戦略を考える必要がある。

表 1：H病院のクロス SWOT 分析

	機会	脅威
	政策誘導、高齢者の増加	周辺リハビリテーション病院が4つ
強み 急性期、慢性期と併設腎臓専門医	<ul style="list-style-type: none"> <li>・新病棟建築 ・手厚い看護</li> <li>・急性期から慢性期リハビリテーションまで</li> <li>・透析患者のリハビリテーション</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・早期リハビリテーション</li> <li>・三木市の住宅地にある</li> </ul>
弱み 後発組	<ul style="list-style-type: none"> <li>・スタッフの不足</li> <li>・経験不足</li> <li>・地域連携（絆ネットの活用）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・北播磨医療センターから遠い</li> <li>・人材不足から給料アップ</li> <li>・教育体制が不十分</li> </ul>

## 5. H病院の戦略

### 5-1. 外部環境の変化

急性期医療として整形外科、脳神経外科の救急患者の受け入れを積極的に行ってきた2つの市民病院が2013年10月に合併して北播磨医療センターとして開設され、2次救急医療としての、循環器疾患、脳疾患、1次救急の内科、外科、整形疾患も受け、ERも備えている。この影響からH病院の救急患者は、骨折や脳出血などの手術治療を要する患者が減少している。こういった外部環境の変化に対応すべく、急性期治療を終えた患者の早期の受け皿として、回復期リハビリテーション病棟の開設を考えた。2014年4月に病院合併の影響で余剰病床が発生したため、病院裏手の駐車場を建設予定地として申請し、2014年11月に29床の増床許可を得た。このため現在の病院の一般病床からの7床と29床を合わせて36床の回復期リハビリテーション病棟を建築することとした。

### 5-2. リハビリテーション病棟の戦略

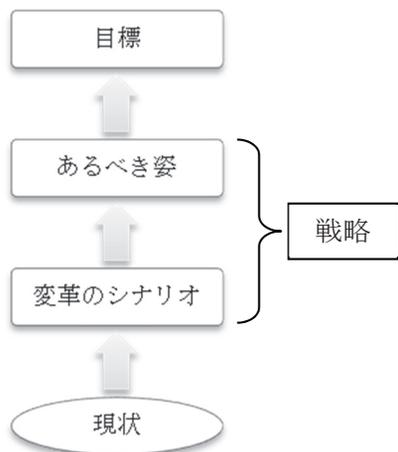
厚労省では脳疾患などの手と足や嚥下などの複数個所のリハビリテーションが必要な疾患（複雑リハビリ）と整形外科のような単一部位のリハビリテーション疾患（単純リハビリ）とを区別しようとしている。複雑リハビリテーションは多人数によるリハビリテーションが必要なので回復期リハビリテーション病棟で、単純リハビリはリハビリスタッフが一人で対応でき、マシンでも対応可能（Albert *et al.* (2010)）で

あることから、リハビリ単位数の少ない包括ケア病棟で行うように誘導している。今後の回復期リハビリテーションはより重度の合併症を持った呼吸ケアを有するB項目10点以上の患者の比率が増えてくると予想される。この患者の在宅復帰率は現在でも30から50% (岡本(2013)) しかない。この在宅復帰率を上げていくことが本来の高度集中型リハビリテーションの目的である。もうひとつのカテゴリーとして、重度の合併症で長期にわたって急性期で治療を受けた廃用症候群の患者群がある。これらの中にはICU症候群で認知症を発症し、すでに拘縮を起こしており、リハビリテーションの効果が出にくいものも含まれる。このためリハビリテーションするための期間がかなり必要である。また複数個所に及ぶ複雑リハビリのため、本来高度集中型のリハビリテーションが必要である。しかしリハビリテーション病棟に転院しても、スムーズなリハビリテーションによる在宅復帰は困難である。包括ケア病棟もリハビリ単位が限られ、目標入院期間で退院させることが難しい。慢性期リハビリテーションが医療保険でみとめられないため、リハビリテーションの機会が少なく、経管栄養されながら、寝たきりになっていくことが容易に想像される。こういった患者が一定の割合で慢性期病床を占めていることも事実である。このことは現状の国の保検制度が慢性期のリハビリテーションを認めないことが、療養病床の削減を妨げていることにつながっている。このため国は在宅復帰強化機能をもった、療養型病棟に病院機能を残そうとしている。在宅復帰させるためにはリハビリテーションが不可欠である。慢性期病院協会の調査では、既定のリハビリテーション期間がすんだあと、さらに半年間リハビリテーションを続けることでFIM点数が倍に改善したという報告<sup>7</sup>がある。十分なリハビリテーションを受けることができずにADLの低下した患者のうち食事が食べられるようになった患者は老人保健施設が受け入れるが、リハビリテーションの態勢が十分であるとは言えない。したがってここでも在宅復帰させるのが困難である場合が多い。在宅復帰させるために、リハビリテーションに力を入れる必要がある。急性期から療養病棟に移ってから在宅復帰をめざすためにどうすればよいのか。

他方、急性期のリハビリテーションのポイントとしては、肺合併症の予防、栄養管理、廃用症候群の予防のための早期リハビリテーションが必要である。慢性期リハでは、療養病棟で長期的にリハビリテーションを行うことが重要である。老人保健施設でも同様である。高齢者が増加し、救急患者となって急性期病院に運ばれる患者の7割以上を占める。また運よく回復期リハビリテーション病棟から退院した患者も、麻

---

<sup>7</sup> 日本慢性期医療協会 <http://www.manseiki.net/?P=2240/>



出典 経営戦略の論理

図6：変革のシナリオとあるべき姿が戦略



図7：変革のシナリオとあるべき姿

痺が残った患者にとって社会参加は難しく自宅にこもることが多い。運動機能の維持は難しく、転倒、骨折の危険性は高い。こういった高齢者に対して急性期から慢性期、在宅期まですべての段階でリハビリテーションが必要である。この考えのもとにH病院での戦略を伊丹(2012)の戦略のフレームワークで考える。戦略とは伊丹によれば図6のようにあらわされる。

戦略とは変革のシナリオとあるべき姿を含んでいる。あるべき姿とは中核戦略であり変革のシナリオは展開戦略である。H病院において同じように考えてみると、次頁の図7のようになる。以下、各要素について説明を行う。

(1) あるべき姿

切れ目のない連続的なリハビリテーションで、笑顔で家族と帰れる高齢者を支える循環型複合体、透析患者のリハビリテーションを支える病院である。

(2) 現状 断続的

急性期に入院した整形や脳外科の患者に対して、治療や手術を行い、合併症を起こさずに、経過良好な患者は、包括ケア病床や他のリハビリテーション病院に転院している。経口摂取が不能、肺炎など合併症を発症した患者については、内科病棟に転棟し、治療を行い、治療が長引いて、廃用症候群や胃ろう造設になれば、老人保健施設

あるいは療養病床に転棟するという経過となる。

### (3) 変革のシナリオ 連続性

入院から2週間以内に肺炎や尿路感染、床ずれなどの発生する頻度が高い<sup>8</sup>ことから、回復期リハ病棟のスタッフが急性期病棟に入院した患者に対して、早期から介入、嚥下機能なども診断し、口腔ケアやリハビリテーションを開始していく。肺炎を起こした患者にも、経口を開始するときには、リハビリテーションスタッフが必ず関わる。できるだけ多くの患者をリハビリテーション病棟へ誘導し、更に時間をかけた集中リハビリテーションを行う。そして、治療が長引いて、慢性期病棟に移動する患者にもリハビリテーションを行ってできるだけ在宅復帰をめざす。地域包括病床は軽度の単純リハビリテーション患者をいれて、リハビリテーションし在宅復帰をめざす。退院してからもディケアを利用し日常生活における運動機能の維持に努める。

### (4) 変革のシナリオ 透析リハビリテーション

他院で治療を受けたり、手術した透析患者をリハビリテーション病棟で受け入れる。健常人に比べて、骨量低下、筋力低下が著しいため、転倒骨折の発生が多いので、透析通院患者に対してもリハビリテーションも行う。

## 6. 情報の流れのフレームワーク

ビジネスモデルの設定で重要な要素として、競争力の具体的実現と付加価値の安定的確保の2つがあげられる。市場での競争力、差別化をどんな点で表すかということが必要である。また同時に企業(病院)にとって重要な情報(見えざる資産)をあたえてくれる。ビジネスモデルの構築で重要な要素である見えざる資産とは情報の流れである。外部の世界から得られる「環境情報」<sup>9</sup>、企業(病院)から供給される企業(病院)情報、企業(病院)内部で働く人々の間で行われる「企業(病院)内情報処理特性」<sup>10</sup>の3つがあげられる。それぞれの情報を提供するチャンネルも重要である。これらの関係を図示したものが次頁図8である。以下ではそれぞれの構成要素について

---

<sup>8</sup>日本慢性期医療協会 <http://www.manseiki.net/?P=2900/>

<sup>9</sup>環境に関する情報の企業内の蓄積量

<sup>10</sup>企業(病院)内部の情報処理のパターンや特性

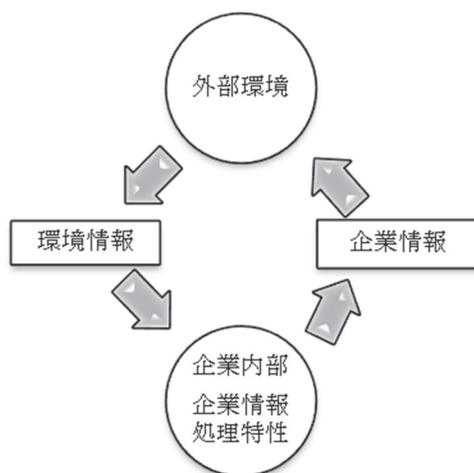
述べる。

### (1) 環境情報 (外部情報)

患者情報、紹介してくれた病院、医師、地域連携室などの情報が上げられる。この情報を得るチャンネルが必要である。このためには病院への訪問時の医師同士の face to face の付き合いによって、より細かな情報、公立病院での病床稼働率や手術予定の情報など、将来の患者につながる手がかりを少しでも入手することが必要である。また相手の先生への親密度を増すことで、より多くの患者の紹介を期待することができる。

### (2) 企業情報(病院情報)

訪問時には自院の情報を十分に伝える。具体的にはどのくらいの期間でどの程度のリハビリテーションの効果が上がっているか、退院後の在宅生活での不便さやそのサ



出典 経営戦略の論理

図8：情報の流れ

ポート体制についての説明など、連携後の生活状況などについての情報を提供する。提供チャンネルとしては、その他にホームページや広報誌、人による伝聞や口コミなどがある。

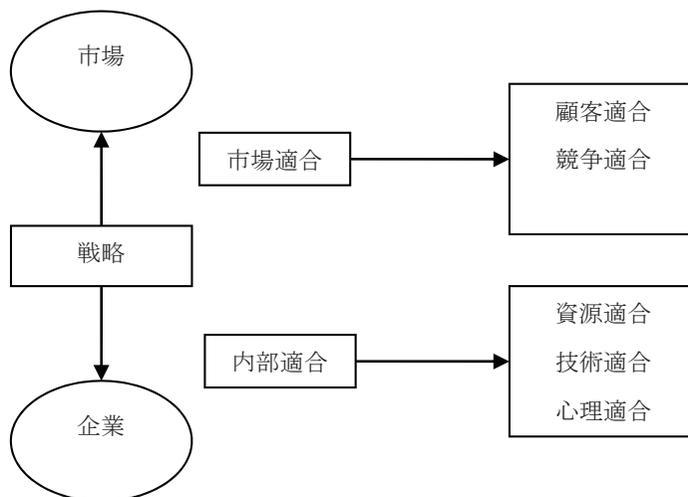
### (3) 企業 (病院) 内情報処理特性

病院内での病棟とリハビリテーション室の連絡やカンファレンス、地域連携室への報告などがあげられる。すべての情報がストックされノウハウとして生かされるよう

なシステム作りが必要である。情報チャンネルとしては院内連携パスがある。またはBSCなどもそのひとつである。

## 7. 戦略的適合

市場と企業の間にある戦略をいろいろな視点から考える。このうち市場にはもちろん企業の外部に顧客と競争相手がいる。競争相手と顧客の需要を取り合っているのが市場競争である。したがって顧客と競争相手という2つの要素にいかに対応するかそれぞれに考えることが必要である。企業の内部は企業能力と組織の人々の心理という2つの要因に大別できる。企業能力は生産設備などのモノとしての能力いわゆる資源と人に体得された能力としての技術という2つに分けることができる。人に体得された技術はカネで得ることはできない。学習によって自分で蓄積するしかない。また戦略の内容が働く人々の心理を動かせるものでなければ戦略は機能しない。これらの関係性を図に示したものが以下の図9である。



出典 経営戦略の論理

図9：戦略的適合の全体図

以下では、今回のリハビリテーション病棟の戦略を構成するそれぞれの要素について考察を加える。

## (1) 顧客適合

対象となる患者層を明確化し、できるだけ絞ることが重要である。H病院では、以前から透析患者の透析導入から管理についてのノウハウが職員の中に蓄積されている。このことを利用して、透析患者の整形外科疾患にターゲットを絞って周囲の公立病院、神戸大学病院、西神戸医療センター、北播磨医療センター、三田市民病院、高砂市民病院など透析患者を対象にした手術可能な施設に対して、情報を提供して患者獲得を目指す。「経営学の論理」の著者である伊丹は顧客がある商品を買おうとするのは何らかの価値を見出しているからでその価値への要求をニーズと呼んでいる。商品を選ぶときには多面的、多次的に考えるのでニーズは1つではなく大きく分けて4つの束としてとらえるべきと述べている。1つ目は商品そのものの価値、2つ目はアフターサービス、3つ目は価格、4つ目はブランドである。透析患者を顧客としてH病院で考えると図10のように表わされる。ニーズの束の中で言えば、商品は透析リハビリテーションである。アフターサービスとしてはそれ以外の合併症、透析のコントロールやシャント管理、脳疾患の管理、栄養管理などあげられる。価格については、透析とリハビリテーション病棟が近く、カルテも電子化しており多業種が効率的に管理可能である。ブランドについては古くからの歴史があり腎臓専門医が2人常勤でいる。こういったブランドに裏付けされた透析リハビリテーションをアピールしていく必要がある。



図 10：透析患者の4つのニーズの束

## (2) 競争適合

すでに透析患者をリハビリテーションできる施設が1か所あるため、さらなる差別化

として考えられるのは、入院中のより早い段階での受け入れ態勢である。H病院整形外科医が常勤で勤務しており、MRIなどの診断機器も備えているため、術後の合併症にもスムーズに対応可能である。夜間時間帯の事故発生が多いことに対しても、18床に1つのナースステーションを設置しており、動線の短さから、より密度の高い看護やケアが可能で医療安全の面で優位性をアピールする。また合併症の一つとして増えている認知症についても、病棟内にプライバシーに配慮しつつ、安全に入院生活を送れる管理体制、より早期に異常を発見する仕組みを作っている。またエレベーターや階段ドアにも工夫し、防犯や認知患者の病棟から外部への徘徊を防ぎ安全に過ごせるように配慮している。

### (3) 資源適合

H病院の透析患者は減少傾向で透析ベッドの稼働率は下がっている。このことから透析リハビリテーションによって稼働率を上げることが期待される。またリハビリテーション病棟を作ったことで、すでにH病院で透析を行っている患者に対しても安心感を与えることとなる。リハビリテーション病棟に術後の患者が移動することで急性期の受け入れ可能な患者数が増加する効果もある。慢性期の病棟の患者にもリハビリテーションスタッフを振り分けることで在宅復帰率を改善する効果も期待できる。

### (4) 技術適合

透析患者のリハビリテーションは術後の患者だけではなく、現在外来通院中の透析患者を対象にディケアを用いて、予防リハビリテーションを行うこともできる。それによって透析患者の転倒予防などが行える。動脈硬化の進行が早いことや骨代謝回転異常からくる骨のもろさなどから、筋力低下や骨折の頻度が高く、車いすで移動するようになる人も多いため、ロコモティブ症候群に対して筋力低下の予防リハビリテーションは必要である。また透析医療の経験を生かして透析リハビリテーションの注意点、急な血圧変化などについてのノウハウなど見えざる資産の蓄積が可能になる。状況に応じたより丁寧なリハビリテーションが必要で、こういった時も電子カルテを活用し、透析中の血圧の変化や、体重の増減から食事量を推定し、筋肉量の測定などリハビリテーションの効果を透析室のスタッフと密にカンファレンスする体制がとれる。

### (5) 心理適合

透析室のスタッフにとっては、新たな取り組みとして透析とリハビリテーションと

いう組み合わせについて学習や研究する機会が増える。リハビリテーションスタッフにとっても新しい病棟での仕事となり新鮮な気持ちで取り組むことができる。急性期病棟のスタッフも従来に比べて回転率が速くなり、短期間集中した看護に専念し状態が安定すれば速やかに転棟できることから、病棟専門意識が高まり充実した看護体制が期待される。

## 8. ビジネスモデル

前節では、透析に限定したリハビリテーションを実施することによって、各要素間で種々の適合関係を構築できることを示した。そこで、本節においては、実際の戦術としてのビジネスモデルの構成要素を以下考えていく。

### (1) 転院前の病院訪問 face to face (外部情報チャネル)

情報のコントロールのために重要なモデルである。十分な人員と仕組みを作れば有益な情報がたくさん得られるはずであり、急性期病院への訪問をほとんどの施設が行っている。その中で差別化するには医師やリハビリテーションスタッフの派遣や十分な説明、推測されるリハビリテーション後の患者の状態・予後を示し、現在の入院患者を回復期リハビリテーション病棟へ転棟できるかその場で判断していく必要がある。

### (2) 連携パスの作成 (技術適合、内部情報処理特性)

急性期におけるリハビリテーションの開始時期が予後に影響するので出るだけ早く介入する。リハビリテーション病棟への転棟時期についても、できるだけ早く行えるように職員の意思を統一する。現在の病棟よりリハビリテーション室までの距離が近いこと、障害者用トイレが多いことなどを考えるとリハビリテーション効果が上がりやすいので患者の意欲も高まると思われる。

### (3) 慢性期リハビリテーションによる在宅復帰加算の習得 (資源適合)

慢性期の病棟では、高齢者の患者が多く、リハビリテーションの時間のかかる患者が多い。こうした病棟でもリハビリを根気よく行うことで最終的には在宅に復帰できる患者が増えてくことも期待される。在宅復帰強化加算を取り、紹介される患者を増やす。在宅に帰るときには必ずディケアと訪問リハビリテーションを行えるように手配し、家に帰ってから ADL を維持する手助けも必要である。

#### (4) 透析患者のリスク因子分析（資源適合）

透析していて転倒し骨折するリスクについて分析する。将来の予後を改善するために、長年の透析医療でのデータを検討しどんな年齢層、どのような患者がリスク群かを予想する。その因子を分析しそれを改善するための方法を考える。

#### (5) ロコモ症候群の予防（技術適合、内部情報処理特性）

ディケアにおける透析患者の予防リハビリテーションは、筋肉量を増やし転倒を予防する。また活動性を維持することで代謝率を高め、汗をかくことで、体重の増加を抑える。認知症予防のためのリハビリテーションも行う。このリハビリテーション効果を記録、分析し予後の改善につながる効果についての研究が期待できる。

#### (6) リハビリテーションによる改善度を可視化するビデオ撮影(技術適合、企業情報)

病院訪問の際に経時的なリハビリテーションによる変化をビデオで見せることでスタッフのみんなに効果を認識してもらおう。またリハビリテーションについてのアドバイス、情報の共有化に役立つとともに、病院について深く知ってもらう機会を作る

#### (7) 患者の連鎖と情報の流れ

ビジネスモデルの流れを次頁図8で示した。急性期病院訪問での face to face の連携から始まり、院内での連携パスの活用、慢性期病棟でのリハビリテーション、そこから導かれるリスク因子の分析、それを利用した在宅・通院の患者へのディケアでの予防リハビリテーション、リハビリテーション効果のビデオ撮影、そしてそれを病院訪問の際に活用する。これら一連のビジネスモデルはすべて関連し1つの流れを形成する。

ところで、戦略とは切れ目のない小さな流れのようなものといわれている。それを遮断する障害があるとうまく機能しない。つまり外からの情報をうまく取り込み病院内部で活用、蓄積しその結果をうまく伝えることで新たな情報を得る。この循環する流れこそが、あるべき姿で示される循環複合体である。

## 9. まとめ

急性期病棟から在宅復帰に切れ目なくつなぐ役割として、リハビリテーション病棟

を検討した。その際、当該リハビリテーション病棟の経営戦略について、伊丹(2012)の「経営戦略の論理」第4版に沿って考察した。それが、次頁の図11に示すビジネスモデル循環図である。

ところで、このようなフレームワークを使う利点とは、必要な要素について抜け落ちることなく、重なることなく考えることができる点である。リハビリテーションの果たす役割は、病院や施設と施設や在宅を結び付けるために非常に重要である。戦略的には透析患者を対象とすることによって、適合した戦略として成り立ち、また情報の流れのコントロールもビジネスモデルをつなぐことで示した。

国の進める在宅医療と病院や施設型福祉施設をつなぐものはリハビリテーションしかあり得ない。自宅でトイレまで誘導や少しの介助で行けない限り、在宅で家族にかかる肉体的負担は大きい。抱き上げて介護をすることは女性1人では不可能であり、

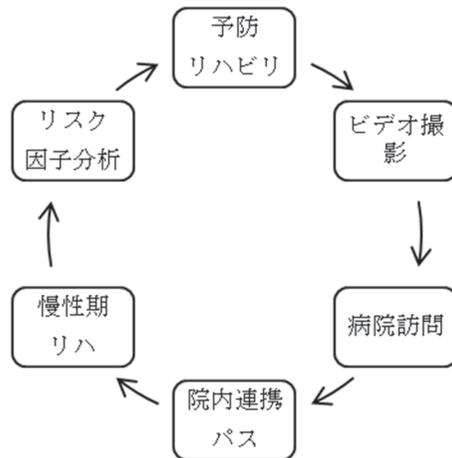


図11：ビジネスモデルの循環図

長期間続けるのは体への負担が大きすぎるためである。現在ノーリフトポリシーの徹底、介護ロボットスーツなどが普及しつつあり、体への負担を和らげる工夫や機器が開発されている。これらの機器の普及が進めば、より重度の要介護者を在宅で見ることが可能になる。しかしそれまではリハビリテーションで、体の機能を回復し動けるようになった人が在宅医療を受けることができる。連携、地域包括ケアといっても対象となる患者がいなければ成立しない。包括ケア病棟もより軽度のリハビリテーションを病棟で継続することは必須条件になっている。介護度が2や3に変わることのできるように、在宅復帰強化型施設ではリハビリテーションを強化している。しかし、

すでに拘縮が始まってからでは時期が遅くその効果も限られている。そのためにもより早い時期から一貫したリハビリテーションが行える急性期と一体化したリハビリテーション施設が必要である。より早期に介入することで、リハビリテーション病棟からの在宅復帰も早まる。また、高齢でリハビリテーションの効果が出るのに時間がかかる人たちは慢性期に移ってもリハビリテーションを継続し介護度3に到達すれば、在宅復帰を考えることができる。回復期リハビリテーション病棟のアンケート集計(岡本(2013))でも、実際在宅に帰れるようになっている人は医学的に重症でない患者である。誤嚥性肺炎起こした患者は極めて予後不良である。肺炎の発生した患者には経管栄養や呼吸ケアが必要となる場合がある。そのうちの約3割が在宅に帰ることなく急性悪化して急性期に帰るといわれている。より早期にリハビリテーションにかかわることで肺炎を予防すれば、退院できる患者を増やすことにつながる。また慢性期リハビリテーションも長期間かかるが効果はある<sup>11</sup>。在宅復帰を増やし、在宅に戻ってから地域で行うリハビリテーションも在宅で暮らす人々を支える。急性期から慢性期そして在宅まで、さらには予防リハビリテーションまで、すべての段階でリハビリテーションが関わることでもっと多くの人々が元の生活場所に戻り、地域で見守られて生活できる人を増やすことが可能である。私立中小病院は急性期の患者を在宅に復帰させるための重要な役割を担っている。そのためのツールとしてリハビリテーションの活用方法が今後の病院経営の重点課題となる。

## 謝辞

本論文を作成するに当たり兵庫県立大学大学院経営研究科の小山秀夫教授、筒井孝子教授、鳥邊晋司教授、藤江哲也教授に丁寧かつ熱心なご指導を賜りました。ここに感謝の意を表します。

## 参考文献

- [1] Albert C. Lo *et al.* (2010) Robot-Assisted Therapy for Long-Term Upper-Limb Impairment after Stroke, *NEJM*, 362 : 1772-1783.
- [2] P. Langhorne, B. Li Park Tong, and D. J. Stott (2000) Association Between Physiological Homeostasis and Early Recovery After Stroke, *Stroke*, 31 : 2517-2527.

---

<sup>11</sup>日本慢性期医療協会 <http://www.manseiki.net/?P=2240/>

- [3] 伊丹敬之 (2012) 『経営戦略の論理 第4版』日本経済新聞社。
- [4] 岡本隆詞 (2013) 「回復期の現状と今後の行方 平成 24 年度実態調査結果から」『回復期リハビリテーション』7号、22-30。
- [5] 厚生労働省 (2012) 『医療経済実態調査』。
- [6] 宮井一郎 (2014) 「回復期リハビリテーションの今後の在り方」『回復期リハビリテーション』4、8-10。
- [7] 日本リハビリテーション病院施設協会  
<http://www.rihakyoh.jp/greeting.html/> (2015年8月2日アクセス)
- [8] 日本慢性期医療協会 <http://www.manseiki.net/?P=2900/> (2015年8月2日アクセス)
- [9] 日本慢性期医療協会 <http://www.manseiki.net/?P=2240/> (2015年8月2日アクセス)