

# 民間病院激戦地域における医療法人Mの経営戦略

## ーポジショニング分析に基づくー考察ー

光本 祐也

キーワード：地域医療構想、経営戦略、ポジショニング、差別化集中戦略、チェンジマネジメント、垂直連携

### 1. はじめに

今後、日本では高齢化率が高まるだけでなく、急速な人口減少が推測されており、2065年には総人口が9,000万人を下回ると推測されている（内閣府高齢社会白書2021）。このため日本政府は、団塊の世代が75歳以上となる2020年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを、一人になったとしても人生の最期まで続けることができるよう住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供されることを目指す地域包括ケアシステムの構築を推進してきた。このシステムにおいて、医療機関が担うべき役割は大きいと考えられる。

とくに、高齢化のピークや医療介護需要総量のピークは地域により大きく異なるため、地域完結型医療の構築に際しては、医療機関や介護機関との機能分化と連携を基礎とした、地域医療構想がすすめられてきた。兵庫県下でも、2025年の医療需要と必要病床数が推計され、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の医療機能ごとに算出され（表1）、回復期病床の不足が明らかにされた（兵庫県地域医療構想 2016）。

表 1：兵庫県地域医療構想における必要病床数比較

2025 (H37) 推計		高度急性期	急性期	回復期	慢性期	病床数計 (床)	在宅医療需要 (人/日)	
兵庫県	H37 必要病床数	5,901	18,257	16,532	11,765	52,455	H37見込	81,257
	H26 病床機能報告	5,053	28,747	4,506	14,811	53,117	H25現況	51,040
	差引	△848	2,470	△12,026	3,046	662	今後の増加	30,217

(出所：兵庫県地域医療構想をもとに筆者にて作成)

当院の位置する医療圏で不足と示された回復期の病床機能を保有する病院は、近年、増加傾向にある（兵庫県病床機能報告 2019）。このように医療を取り巻く外部環境が変化している状況下で、地域の医療環境を分析し、自院が地域の医療・介護体制のなかで現在どのようなポジションにあるのか、今後どのポジションで事業継続すべきかを適切に見定めることの重要性が高まっている。

## 2. 目的と方法

本稿では、医療法人Mの位置する神戸東部エリアにおける自法人を取り巻く地域医療分析によって、自院の役割や機能、ポジショニングを明らかにし、2病院による医療提供体制にて経営を行う医療法人Mが存続していくために、選択すべき経営戦略を考察することを目的とする。

本文の構成は、まず3節で、競合病院が多く存在する医療圏において、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し、次に、医療法人MをSWOT分析し、経営課題を示す。また、得られたデータをもとに経営分析にて経営実態を示す。具体的には、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う。

続く4節からは、医療法人Mを取り巻く地域医療分析を行い、外部環境を示す。具体的には、診療圏分析、医療需要分析、医療提供体制分析を行う。

5節では、医療法人Mの患者分析を行い、地域における役割や担っている機能を示す。また、患者シェア分析を行い、マーケットにおける患者シェアを示す。

6節では、ポジショニング分析を示し、医療法人Mのポジションを明確にする。

7節では、得られた情報から、神戸東部エリアにおいて存続していくための経営戦略について考察、8節で結論を述べる。

本稿は倫理的配慮として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(2021-0008)。

### 3. 結果

#### 3-1. 先行研究のレビュー

競合病院が多く存在する医療圏において、病院が選択すべき経営戦略をまとめた論文は多数、示されており、中小病院の経営戦略をまとめた論文としては、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。また、中小病院の生き残りには地域における機能分担と連携がより重要となると言及している。

服部(2015)は、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と述べている。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示した。

また、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。高機能急性期病院の対極にあった医療・福祉・保健の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を示した。さらに顧客満足度を高め、他院との差別化を図っていかなければならないと述べている。

以上のような先行研究から、競合病院が多く存在する医療圏において、中小病院が選択すべき経営戦略を考察するために、まずは自院のポジショニングを明確にし、おかれている状況を明らかにする必要性が示された。

また、病院完結型の医療提供体制から地域完結型の医療提供体制の構築が求められるなかで、自院の役割や機能、ポジショニングは不明瞭になりやすい。自院が将来にわたって持続的経営を行うためには、経営戦略が必要なことは明らかである。また、中小病院の特性上、財務状況においても安定した病院運営を行うことが重要である。

## 3-2. 医療法人Mの現状と経営課題

### 3-2-1. 医療法人Mの概要

医療法人Mは1954年に開設した有床診療所に端を発し、神戸市東灘区の病床不足を改善し、地域医療を担うことを目的に1962年64床のA病院を設立した。増床・改築を重ね、1989年には200床の急性期一般病院となった。1995年に起こった阪神・淡路大震災によりA病院は全壊し、やむなく休院となった。その後1997年に高齢者の入院医療、医療・福祉連携及び在宅支援を重要な目的としたA病院を再建した。

病気の治療だけではなく、その後の生活を支えるケアを目的に在宅部門のサービスを充実させ、福祉施設の整備を展開した。A病院を中心とする医療・福祉グループとの連携でさまざまなサービスを展開している。急性期から終末期まで包括的にサポートし、多彩な選択肢から「患者さまが自分らしく生きられる」医療・福祉・生活サービスの提供を目指している。

2013年には神戸市東部から阪神間において充実したリハビリテーション医療の提供を目的としてBリハ病院を設立した。120床の全室個室のリハビリテーション専門病院である。Bリハ病院では、リハビリテーションを必要とするような障害を負った患者さまに生まれ変わり(Reborn)、障害を乗り越え、その人らしく生きていただくためにリハビリテーション、ケアによる総合的な支援を行なっている。

2021年4月現在のA病院の主な従事者は、常勤医師6名、看護師52名、介護福祉士10名、看護補助者10名、薬剤師5名、理学療法士28名、作業療法士18名、言語聴覚士9名、放射線技師4名、臨床検査技師3名、ソーシャルワーカー4名である。

Bリハ病院の主な従事者は、常勤医師7名、看護師65名、准看護師2名、介護福祉士15名、看護補助者6名、薬剤師4名、理学療法士37名、作業療法士27名、言語聴覚士16名、放射線技師1名、臨床検査技師1名、ソーシャルワーカー7名である。

### 3-2-2. SWOT分析で示す現状

医療法人Mは「WE ARE ONE ～ 共に未来を拓く」を理念に44床の一般病床（8床の地域包括ケア病床含む）と44床の医療療養病床の機能を持つ88床のケアミックス型であるA病院、80床の回復期リハビリテーション病床と40床の障害者施設等一般病床のリハビリテーションの専門機能を持つBリハ病院、施設系サービスである老人保健施設、訪問看護、訪問介護、訪問リハビリテーション、居宅介護支援事業所等の在宅系サービス、保育園、サービス付き高齢者向け住宅等を展開している。表2では、

2病院による医療提供体制にて経営を行う医療法人MをSWOT分析し、現状を示す。

表2：医療法人MのSWOT分析

強み (Strengths)	弱み (Weaknesses)
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 地域密着型の病院である</li> <li>・ 急性期、回復期、慢性期、在宅医療、看取りまで提供可能である</li> <li>・ リハビリテーションに特化している</li> <li>・ グループ連携が可能である</li> <li>・ アクセスが良い (利便性・周辺環境)</li> <li>・ 認知症患者センターを開設し、認知症ケアに取り組んでいる</li> <li>・ 優れた環境構築 (全室個室のリハ病院)</li> <li>・ 財政基盤が安定している</li> <li>・ 働きやすい職場である</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 診療科目が少ない</li> <li>・ 医療資源が乏しい</li> <li>・ 患者の減少 (救急患者、新規患者、外来患者)</li> <li>・ 赤字事業所がある</li> <li>・ A病院からBリハ病院への転院数が減少している</li> </ul>
機会 (Opportunities)	脅威 (Threats)
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ グループ内連携 (医療、介護、在宅)</li> <li>・ 新たな連携先の獲得</li> <li>・ 地域包括ケアシステムの構築</li> <li>・ 高齢化</li> <li>・ 認知症患者の増加、独居高齢者の増加</li> <li>・ 在宅医療、介護、生活支援、地域支援事業、介護予防事業等の需要の増加</li> <li>・ 地域リハ、予防リハの需要増加</li> <li>・ 検診需要の増加</li> <li>・ ロボット、AI、ICTの活用</li> <li>・ 外国人、転職人材の雇用</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 近隣病院の病床機能変更</li> <li>・ 回復期病床の増加</li> <li>・ 患者獲得競争の激化、患者数の減少</li> <li>・ 診療報酬のマイナス改定</li> <li>・ 人口減少による採用人材の減少</li> <li>・ COVID-19のクラスター発生、活動制限</li> <li>・ サービスの質の低下</li> <li>・ 悪質な口コミ、SNS</li> <li>・ クレーマーの増加</li> </ul>

強みは、神戸東部エリアにて長年に亘り、医療・介護の複合したサービスを提供する地域密着型の病院であることが挙げられる。2つの病院で医療提供体制を構築しており、A病院では、急性期、回復期、慢性期までの病床を保有し、在宅医療や看取りまで対応している。Bリハ病院では、回復期、慢性期の病床を保有し、リハビリテーションに特化することができている。

さらに、Bリハ病院では全病室が個室という療養環境を構築している。また、社会福祉法人による施設系サービスも複数展開しており、グループによる連携が可能である。周辺環境においては、2病院ともに国道2号線沿いに位置しており立地条件が優れている。利便性においては、JR西日本在来線、阪急電鉄、阪神電鉄の鉄道網も近距離にあり、アクセス面でも優れている。

弱みは、診療科目が少ないため、大規模型の病院と比較すると医療資源が乏しい。また、近年は患者数が減少しており、とくに救急患者、新規患者、外来患者の減少が顕著である。法人内において赤字事業があることや、法人内の連携においてA病院からBリハ病院への転院数の減少といった課題が挙げられる。

機会は、グループ内の垂直連携により患者を次の診療領域（医療、介護、在宅）へつなぐことができる環境があること。連携面においては、川上病院の信頼を得ることで、新たな連携先の獲得が可能である。また、需要状況においては、高齢者の増加、認知症患者の増加、独居高齢者の増加や在宅医療、介護、生活支援、地域支援事業、介護予防事業等の需要の増加、強みとして挙げたりハビリテーション（地域リハ、予防リハ）の需要増加、検診需要の増加が挙げられる。

脅威は、近隣病院の病床機能変更、同機能病床である回復期機能の病床増加、患者獲得競争の激化、患者数の減少といった外部環境要因が挙げられる。また、診療報酬のマイナス改定といった制度に関することや、生産年齢人口の減少による医療介護の担い手の減少が挙げられる。近年では、COVID-19のクラスター発生による活動制限等、COVID-19に関する事象が挙げられる。

### 3-2-3. SWOT 分析から得た経営課題

内部環境の経営課題は、A病院の急性期一般病棟、医療療養病棟、Bリハ病院の障害者施設等一般病棟は採算割れがあり、事業単位ごとに黒字化が望まれる。競合関係の医療機関が増えており、患者や連携先から選ばれ続けないと収益は安定しないであろう。経営実態については次項にて述べる。

法人内連携の経営課題は、A病院からBリハ病院への紹介件数の減少がある。このことから法人内の垂直連携の強化が望まれる。資源を活用し、法人内連携をより実践することが重要である。

外部環境の経営課題は、近隣病院の病床機能の変化が挙げられる。神戸医療圏の地域医療構想では、回復期の病床は不足と示されたが、近年、当院の位置する医療圏で、既存病床が回復期機能を持つ病床へ変更しており、外部環境は変化している。

同じ機能を持つ病院の増加は、患者獲得競争の激化につながる。地域医療分析については4節、患者分析については5節にて述べる。

地域医療分析を行い、地域における自院のポジショニングを明確にし、やりたいサービスよりも、地域のニーズに合ったサービスを提供し続けることができれば、地域に存続する病院へとつながる。そのためには、徹底したマーケット・地域の分析が必要である。まずは自院の役割とポジショニングを示し、2病院体制の医療法人Mがとるべき経営戦略を考察する。

### 3-3. 医療法人Mの経営実態

#### 3-3-1. 財務諸表による財務分析

表3は平成28年3月期から令和2年3月期の医療法人Mの損益計算書である。平成28年3月期と直近年度との趨勢率を算出した。医業収益は毎年増加しており、趨勢率は109.2%、9.2ポイント増加している。

一方、医業費用も毎年増加しており、趨勢率は110.6%、10.6ポイント増加している。医業費用は人件費が最も多い割合であり、直近年度67.9%であった。人件費の増加は顕著であり、趨勢率は116.5%、16.5ポイント増加している。

医業利益は直近年度3.2%、趨勢率は79.4%、20.6ポイント減少している。経常利益は直近年度4.1%、趨勢率は79.4%、20.6ポイント減少している。当期純利益は直近年度2.8%、趨勢率は57%、43ポイント大幅に減少している。医業収益は増加傾向にあるが、医業費用の増加が利益を圧迫しており、近年は利益率の低下と当期純利益の減少が課題である。

表3：医療法人Mの損益計算書

法人名 年度	医療法人M (単位：千円)										
	H28/3	構成比率	H29/3	構成比率	H30/3	構成比率	H31/3	構成比率	R02/3	構成比率	趨勢比率
I 事業損益											
1 医業収益	3,513,703	100.0	3,561,959	100.0	3,667,579	100.0	3,698,408	100.0	3,838,421	100.0	109.2
2 医業費用											
医業費用	3,357,546	95.6	3,381,659	94.9	3,480,589	94.9	3,569,742	96.5	3,714,374	96.8	110.6
材料費	156,026	4.4	149,305	4.2	156,260	4.3	156,231	4.2	154,014	4.0	98.7
人件費	2,237,225	63.7	2,308,404	64.8	2,355,900	64.2	2,470,568	66.8	2,606,084	67.9	116.5
経費	401,129	11.4	397,184	11.2	418,959	11.4	415,652	11.2	417,503	10.9	104.1
委託費	325,609	9.3	323,523	9.1	360,677	9.8	361,183	9.8	369,188	9.6	113.4
研究研修費	5,654	0.2	7,046	0.2	7,700	0.2	8,027	0.2	11,800	0.3	208.7
減価償却費	231,901	6.6	196,194	5.5	181,091	4.9	158,078	4.3	155,782	4.1	67.2
医業利益	156,156	4.4	180,300	5.1	181,091	4.9	128,666	3.5	124,047	3.2	79.4
II 医業外収益	48,087	1.4	46,282	1.3	50,429	1.4	45,705	1.2	46,226	1.2	96.1
III 事業外費用	20,639	0.6	9,654	0.3	16,173	0.4	16,151	0.4	13,989	0.4	67.8
経常利益	196,914	5.6	216,928	6.1	221,246	6.0	158,220	4.3	156,284	4.1	79.4
IV 特別利益	3,984	0.1	505	0.0	0	0.0	627	0.0	1,000	0.0	25.1
V 特別損失	32	0.0	6,456	0.2	61,666	1.7	627	0.0	494	0.0	1543.8
税引前当期純利益	191,752	5.5	210,976	5.9	159,580	4.4	157,641	4.3	156,789	4.1	81.8
当期純利益	191,547	5.5	153,280	4.3	110,766	3.0	109,173	3.0	109,253	2.8	57.0

#### 3-3-2. 経営指標を活用した経営分析

医療法人Mの経営指標に基づき、経営分析を行った。表4は分析結果をまとめたものである。平成30年3月期と直近年度との比較を算出した。

安全性においては、自己資本比率、固定長期適合率、借入金比率、流動比率を分析した。自己資本比率は直近年度92.8%、20.9ポイント増加している。35%以上あれば安全水域と言われており、健全な経営状態と言える。固定長期適合率は直近年度78.8%、9.8ポイント増加している。80%以内が安全水域と言われており、問題ない

数値と言える。借入金比率は直近年度 0% であり、現状は借入金に依存していない。流動比率は直近年度 582.3%、81.2 ポイント減少している。理想的には 200%以上と言われるなかで、600%近い数値を保っており、非常に健全な経営状態と言える。安全性においては、いずれの項目も良好である。

収益性においては、医業利益率、経常利益率、ROA、EBITDA、給与費比率、材料費比率、経費比率、減価償却費比率を分析した。医業利益率は直近年度 3.2%、1.7 ポイント減少している。経常利益率は直近年度 4.1%、1.9 ポイント減少している。総資産利益率(ROA)は直近年度 3.4%、0.2 ポイント減少している。EBITDA は直近年度 8.1%、1.2 ポイント減少している。給与費比率は直近年度 67.9%、3.7 ポイント増加している。材料費比率は直近年度 4.0%、0.3 ポイント減少している。経費比率は直近年度 10.9%、0.5 ポイント減少している。減価償却費比率は直近年度 4.1%、0.8 ポイント減少している。収益性は一定の利益率を得ているが、減少傾向である。10%~12%が望ましいと言われている EBITDA は 8.1% であり、減少傾向である。人件費率は 67.9% と高く、費用面においての課題とされる。その他の費用比率は良好である。

循環性においては、総資産回転率を分析した。総資産回転率は直近年度 0.83 で、0.18 ポイント増加している。1 回転を超えることが望ましいとされており、課題とされる。

成長性においては、過去 3 カ年医業収益増加率、過去 3 カ年自己資本増加率を分析した。過去 3 カ年医業収益増加率の直近年度は 102.3%、過去 3 カ年自己資本増加率の直近年度は 102.7% であった。ともに毎年前年度を上回ることができており、良好である。

創造性においては、労働生産性、労働分配率を分析した。労働生産性の直近年度は 692.7 千円、25.7 千円減少している。労働分配率の直近年度は 70.73%、3.64 ポイント増加している。労働生産性は減少傾向にあり、労働分配率は増加傾向にある。

表 4：医療法人Mの経営分析

安全性	H30/3	H31/3	R02/3
自己資本比率	71.9%	91.9%	92.8%
固定長期適合率	69.0%	83.5%	78.8%
借入金比率	31.7%	0.0%	0.0%
流動比率	663.5%	574.3%	582.3%
収益性	H30/3	H31/3	R02/3
医業利益率	4.9%	3.5%	3.2%
経常利益率	6.0%	4.3%	4.1%
総資産利益率(ROA)	3.2%	3.5%	3.4%
EBITDA	9.3%	8.5%	8.1%
給与費比率	64.2%	66.8%	67.9%
材料費比率	4.3%	4.2%	4.0%
経費比率	11.4%	11.2%	10.9%
減価償却費比率	4.9%	4.3%	4.1%
循環性	H30/3	H31/3	R02/3
総資産回転率	0.65	0.65	0.83
成長性	H30/3	H31/3	R02/3
過去3カ年医業収益増加率	102.2%	101.9%	102.3%
過去3カ年自己資本増加率	103.4%	102.7%	102.7%
創造性	H30/3	H31/3	R02/3
労働生産性(千円)	718.4	697.6	692.7
労働分配率	67.09%	69.75%	70.73%

(出所：医業経営コンサルティングマニュアルⅠを参考に筆者にて作成)

## 4. 医療法人Mを取り巻く地域医療分析

医療法人Mの位置する神戸東部エリアの地域医療分析を行った。医療圏の概要や地理的状況の把握、診療圏分析、医療需要分析、医療提供体制分析をもとに現況をまとめた。

### 4-1. 医療圏の概要、地理的状況の把握

図1の医療法人Mが位置する神戸医療圏は、政令市である神戸市全域にて構成される大都市型の二次医療圏である。道路網の地理的状況は、東西方向の主要幹線、南北方向の主要幹線が発達している。市内外を東西につなぐ鉄道網が整備されており、市北部の都市をつなぐ、鉄道網も整備されている。



(出所：地域医療情報システム神戸医療圏をもとに筆者作成)

図1：神戸医療圏 MAP

図2は医療法人Mを中心に半径10km圏域の病院をプロットしたものである。10km圏域には、神戸市中央区、灘区、東灘区、芦屋市、西宮市が含まれる。MAP左側が中央区、灘区であり医療機関が密集していた。また、MAP右側が芦屋市、西宮市であり同様に医療機関が密集していた。



(出所：Google マイマップにて筆者作成)

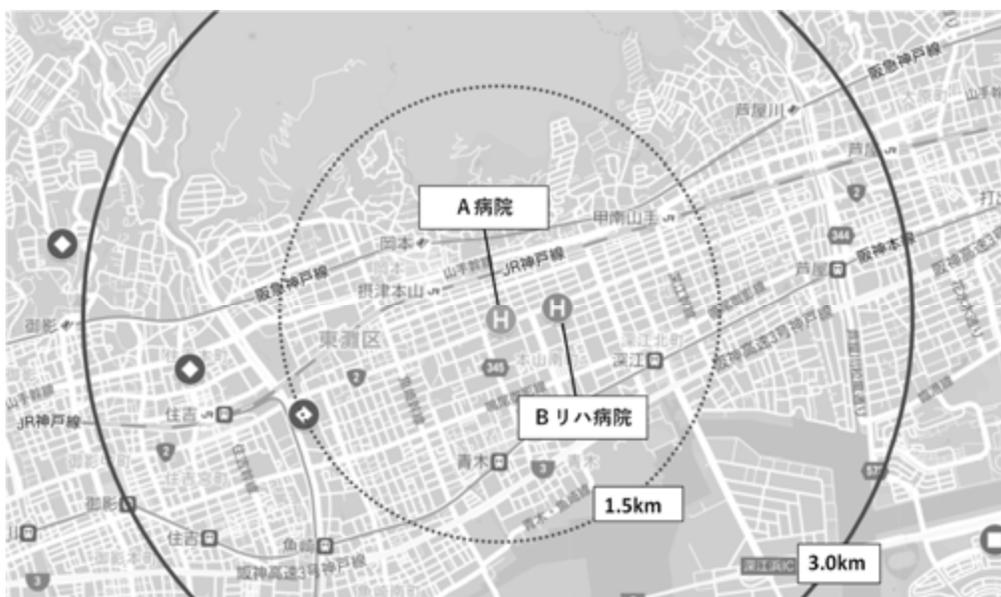
図2：医療法人Mを中心とした半径10km圏域の病院プロットMAP

医療法人Mの位置する神戸医療圏の東部の地理的状况は、東西の主要幹線として、北から順に山手幹線、国道2号、国道43号がある。鉄道網は、北から順に東西につなぐ阪急電鉄、JR西日本の在来線、阪神電鉄が整備されている。

## 4-2. 診療圏分析

図3はA病院の外来診療圏である。外来患者の居住地域は病院周辺3km圏内が多くを占めている。居住地域の割合は、74.6%が神戸市東灘区、7.4%が芦屋市、4.8%が灘区、4.4%が西宮市、8.8%がその他である。

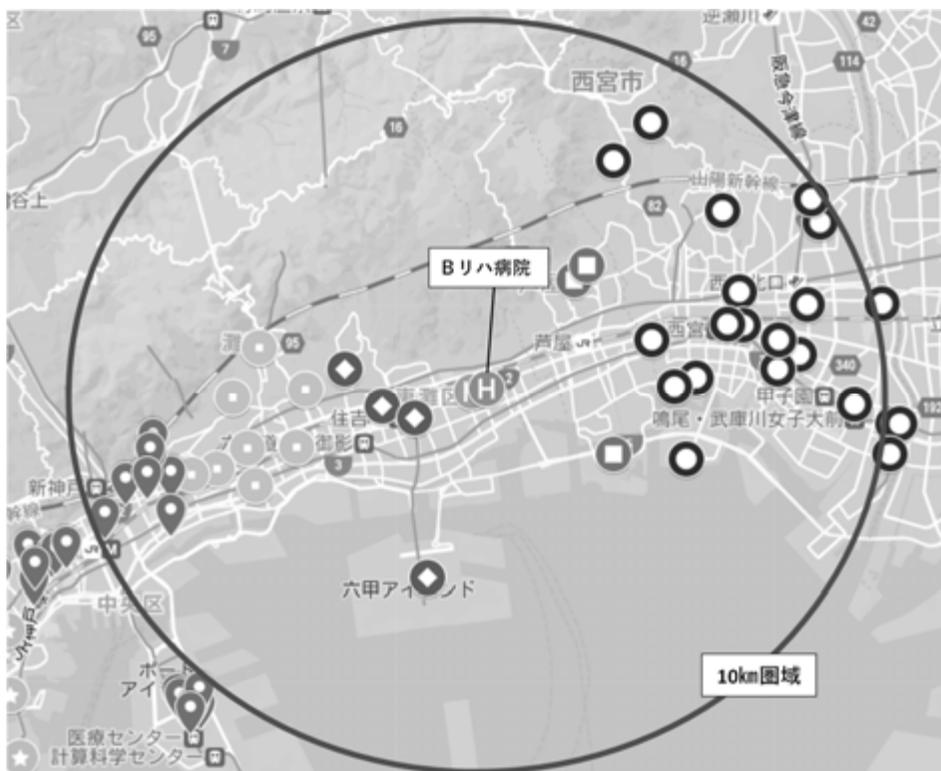
入院患者の居住地域は70.9%が神戸市東灘区、8.6%が芦屋市、5.4%が灘区、2.6%が西宮市、2.2%が中央区、10.3%がその他である。外来患者、入院患者ともに近距離圏の居住者が多くを占めていた。また、隣接する地域からの受療もあった。



(出所：Google マイマップにて筆者作成)

図3：A病院の外来及び入院診療圏

図4はBリハ病院の入院診療圏である。入院患者の居住地域は46.3%が神戸市東灘区、18.2%が灘区、11.8%が芦屋市、7.8%が西宮市、3.7%が中央区、1.9%が須磨区、10.3%がその他である。診療圏は半径10km圏内を中心とした比較的広範囲な診療圏であった。



(出所：Google マイマップにて筆者作成)

図4：Bリハ病院の入院診療圏

### 4-3. 医療需要分析

#### 4-3-1. 人口動態

医療法人Mの位置する神戸医療圏と東灘区の人口動態を図5に示した。2015年時点の神戸医療圏の人口は1,537,272人、面積は557.03km<sup>2</sup>、人口密度は2759.80km<sup>2</sup>である(JMAP)。神戸医療圏は、2015年をピークに人口減少が進み、高齢者は2045年まで増加傾向であり、高齢者、後期高齢者人口ともに増加が予測される。高齢化率は2015年の27.14%から2045年は39.71%になると予測される。

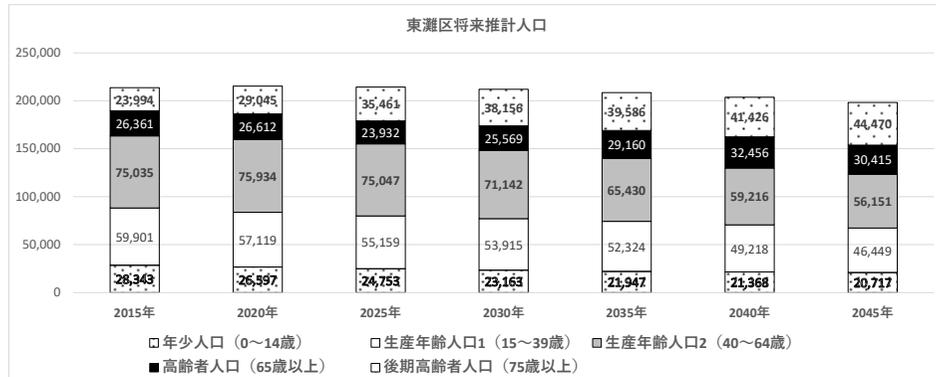
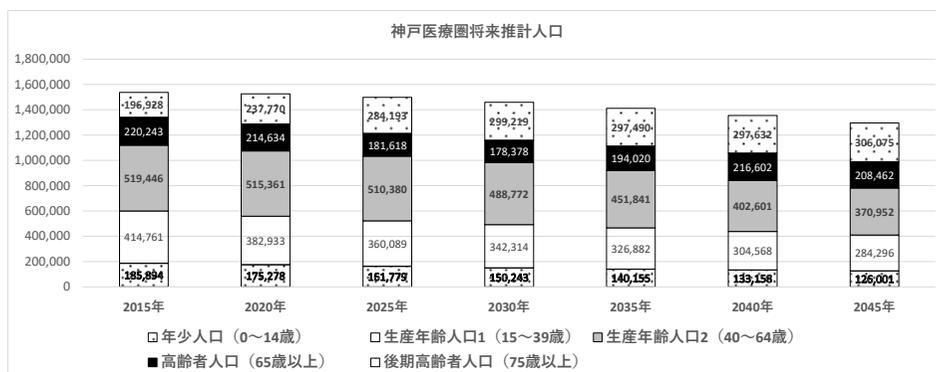
一方、年少人口、生産年齢人口1、2はいずれも2045年まで下降傾向となっている。神戸市東灘区の人口動態は、神戸医療圏と同様の推移を辿る。特筆すべきは、後期高齢者の増加率の高さが挙げられ、2045年までに急速に高まることが予測される。また、人口密度は非常に高い地域である。

神戸医療圏将来推計人口

年齢階層	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	2045年	2015年から2045年	
								増減	増減率
年少人口(0~14歳)	185,894	175,278	161,779	150,243	140,155	133,158	126,001	-59,893	-32.2%
生産年齢人口1(15~39歳)	414,761	382,933	360,089	342,314	326,882	304,568	284,296	-130,465	-31.5%
生産年齢人口2(40~64歳)	519,446	515,361	510,380	488,772	451,841	402,601	370,952	-148,494	-28.6%
高齢者人口(65歳以上)	417,171	452,404	465,811	477,597	491,510	514,234	514,537	97,366	23.3%
後期高齢者人口(75歳以上=再掲)	196,928	237,770	284,193	299,219	297,490	297,632	306,075	109,147	55.4%
総人口	1,537,272	1,525,976	1,498,059	1,458,926	1,410,388	1,354,561	1,295,786	-241,486	-15.7%
高齢化率	27.14%	29.65%	31.09%	32.74%	34.85%	37.96%	39.71%		
人口密度	2,759.80人/k㎡								

神戸市東灘区将来推計人口

年齢階層	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	2045年	2015年から2045年	
								増減	増減率
年少人口(0~14歳)	28,343	26,597	24,753	23,163	21,947	21,368	20,717	-7,626	-26.9%
生産年齢人口1(15~39歳)	59,901	57,119	55,159	53,915	52,324	49,218	46,449	-13,452	-22.5%
生産年齢人口2(40~64歳)	75,035	75,934	75,047	71,142	65,430	59,216	56,151	-18,884	-25.2%
高齢者人口(65歳以上)	50,355	55,657	59,393	63,725	68,746	73,882	74,885	24,530	48.7%
後期高齢者人口(75歳以上=再掲)	23,994	29,045	35,461	38,156	39,586	41,426	44,470	20,476	85.3%
総人口	213,634	215,307	214,352	211,945	208,447	203,684	198,202	-15,432	-7.2%
高齢化率	23.57%	25.85%	27.71%	30.07%	32.98%	36.27%	37.78%		
人口密度	6,279.70人/k㎡								



(出所：地域医療情報システムより筆者作成)

図5：神戸医療圏、東灘区将来推計人口

#### 4-3-2. 受療動向

神戸医療圏の受療動向を分析するために、医療介護需要予測指数、神戸医療圏MDC別件数、年齢階級別入院患者数、疾病分類別推計入院患者数、患者流出、患者流入を示した。

図6に示した神戸医療圏の医療介護需要予測指数では、医療需要と介護需要ともに全国平均を上回る値で2045年まで推移している。東灘区においては医療需要と介護需要ともに全国平均、神戸医療圏を上回る値で2045年まで推移している。医療介護需要ともに高い地域である。

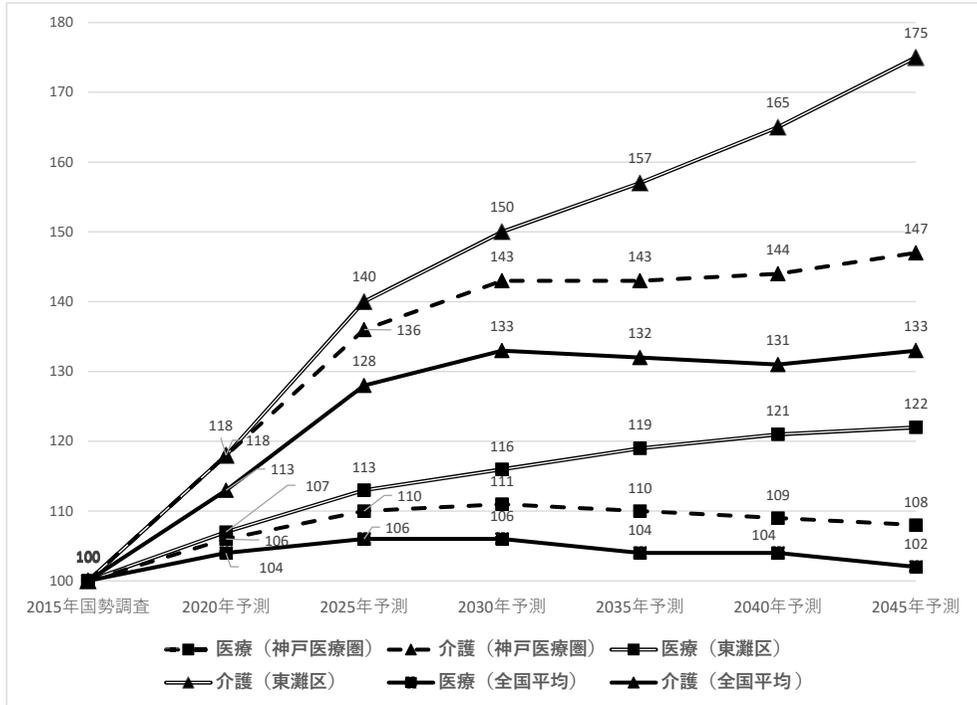
図7は神戸医療圏のMDC別の件数を示している。神戸医療圏の特徴はMDC06消化器系の疾患が最も多い地域である。他の疾患と比較しても差が見られた。次いで多いのはMDC04呼吸器系疾患、MDC05循環器系疾患であった。

図8に示した神戸医療圏の推計入院患者数の年齢階級別では、65歳以降が急激に増加し、75～84歳の年齢層が最も多くなっている（兵庫県保健医療計画 2019）。

表5の神戸医療圏の疾病分類別入院患者数では、循環器系疾患・精神及び行動の障害がとくに多いことが示された。また自圏域内での入院割合が多い疾患は、消化器疾患・呼吸器系疾患・循環器系疾患である（兵庫県保健医療計画 2019）。

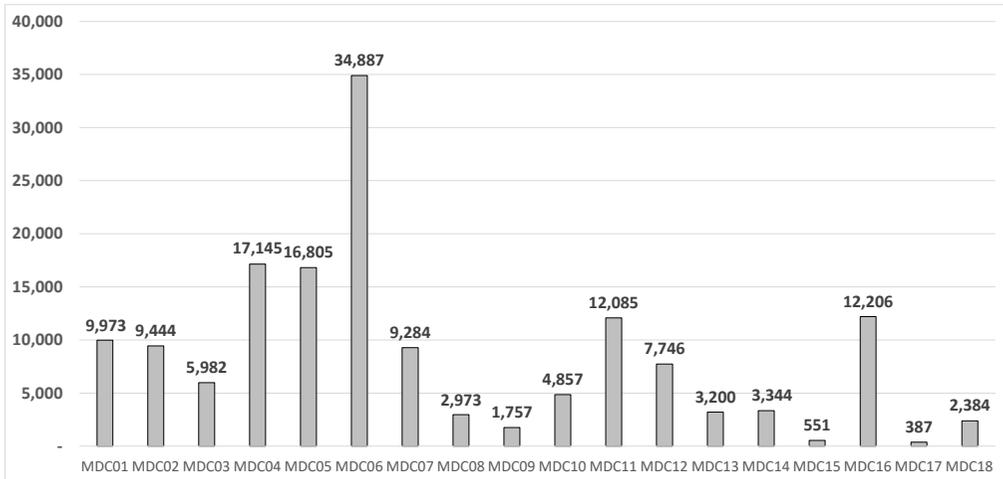
表6は他圏域・他府県との患者流動を示している。神戸医療圏における平成28年度の患者流動では、患者流出が多いのは入院・外来ともに東播磨であるが、外来については神戸圏域内で94.3%と非常に高い割合となっている。

一方、表7の患者流入についても入院・外来ともに阪神南、東播磨からの患者が多い。入院、外来ともに高い数値を示しており、神戸医療圏は圏域内での医療の完結率が高い地域である（兵庫県保健医療計画 2019）。



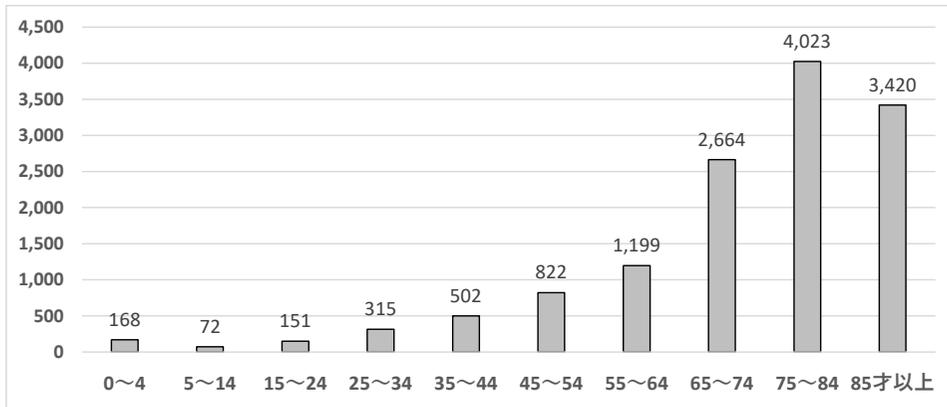
(出所：地域医療情報システムをもとに筆者作成)

図6：医療介護需要予測指数（神戸医療圏・東灘区・全国平均）



(出所：令和元年度 DPC 導入の影響評価に係る調査結果をもとに筆者作成)

図7：神戸医療圏 MDC 別件数



(出所：兵庫県保健医療計画をもとに筆者作成)

図 8：神戸医療圏 推計入院患者数

表 5：疾病分類推計入院患者数

疾患名	患者数	うち圏域内の入院患者数	圏域内での入院割合 (%)
精神および行動の障害	2,230	1,613	72.3%
循環器系疾患	2,500	2,208	88.3%
新生物	1,393	1,202	86.3%
損傷、中毒、外因の影響	1,500	1,321	88.1%
消化器疾患	680	617	90.7%
神経系疾患	912	534	58.6%
呼吸器系疾患	1,276	1,129	88.5%
筋骨格系および結合組織の疾患	835	733	87.8%
内分泌、栄養及び代謝疾患	369	307	83.2%
その他	1,645	1,440	87.5%
合計	13,340	11,104	83.1%

(出所：兵庫県保健医療計画をもとに筆者作成)

表 6：患者流出、患者流入の割合

(%)

患者流出	神戸	阪神南	阪神北	東播磨	北播磨	中播磨	西播磨	但馬	丹波	淡路
入院	88.9	2.2	1.6	4.8	2.2	0.1	0.1	0	0	0.1
外来	94.3	1.4	0.4	3.1	0.7	0.1	0	0	0	0

患者流入	神戸	阪神南	阪神北	東播磨	北播磨	中播磨	西播磨	但馬	丹波	淡路
入院	88.2	3.4	1.7	3.4	1.5	0.5	0.2	0.2	0.3	0.6
外来	93.4	2	0.7	2.4	0.7	0.3	0.1	0.1	0.1	0.3

(出所：兵庫県保健医療計画をもとに筆者作成)

#### 4-4. 医療提供体制の分析

地域医療情報システムや病床機能報告をもとに地域医療資源の分析を示した。神戸医療圏の医療機関としては、大学病院、高機能病院や地域の基幹病院が複数あり、急性期医療の提供能力は高いが、患者の流入流出が少ない比較的独立した医療圏である（日本医師会総合政策研究機構 2018）。

表7は日本医師会地域医療情報システムをもとに医療法人Mの位置する神戸医療圏と東灘区と全国平均の地域医療資源を示したものである。当該医療圏における人口10万人あたりの数値を示している。

一般診療所は神戸医療圏92.89、東灘区102.04であり全国平均の68.94よりも高い数値である。病院は神戸医療圏7.03であり全国平均の6.47よりも高い数値である。東灘区は2.81であり低い数値であった。在宅療養支援診療所は神戸医療圏18.93、東灘区は21.53であり全国平均の11.54よりも高い数値である。在宅療養支援病院は神戸医療圏1.89であり全国平均の1.24よりも高い数値である。東灘区は0.94であり低い数値であった。

病床数は神戸医療圏1214.81、全国平均の1185.40よりも高い数値である。東灘区は466.69であり低い数値であった。

介護施設数においては、神戸医療圏13.89、全国平均の12.4よりも高い数値である。東灘区は11.88であり低い数値であった。

神戸医療圏においては、一般診療所、病院、介護施設数において充実しており、病院においては、とくに一般病床が充実している。

また東灘区においては、一般診療所は非常に充実しているが、病院、介護施設数は下回っている。とくに病院においては、一般病床、精神病床、療養病床、結核・感染症病床すべてにおいて下回っている。

表8は病床機能報告をもとに神戸東部エリアの医療資源状況を示したものである。医療法人Mの位置する東灘区には自法人の2病院を含めた6病院が存在する。近隣の灘区には8病院、芦屋市には3病院が存在している。合計17病院のうち、市町村が開設主体の病院は1病院であり、90%以上が個人を含む医療法人の開設主体の病院が占める地域である。

診療科が20科目以上の病院は2病院、200床以上の病院は2病院であった。神戸東部エリアの特徴は、診療科が比較的少なく、199床以下の民間中小病院が多くを占めている地域と言える。各病院の病床利用率は95%以上が2件、90%以上が3件、85%以上が1件、80%以上が3件、80%以下が6件、抽出不可が1件であり、病床利用率

には差が見られた。また医師数、看護師数等は病床機能報告より抽出し作成した。

各病院の主な機能は、特定機能病院は0件、地域医療支援病院は1件、救急告示病院は10件、二次救急医療施設は12件、三次救急医療施設は0件、在宅療養支援病院は3件、在宅療養後方支援病院は0件、DPC対象病院は5件であった。神戸東部エリアは二次救急医療を中心とした医療機関が多い地域であると言える。表9は神戸東灘区内の病院における現状の病床区分と2025年の予定病床区分である。各病院の将来の病床構想が明らかとなった。

井上(2012)は、ハーフィンダル指数（病床数シェアの二乗和で算定したものを競争の程度と捉える）を用いて、一般病床がどのくらい分散しているかをみた指標で、全国の二次医療圏における競争状況を試算している。分析では、神戸は全国5位の競争が激しい地域と示している。

表7：地域医療資源（全国・神戸医療圏・東灘区 人口10万人当たり）

地域医療資源	全国	神戸医療圏	東灘区
一般診療所	68.94	92.89	102.04
病院	6.47	7.03	2.81
在宅療養支援診療所	11.54	18.93	21.53
在宅療養支援病院	1.24	1.89	0.94
一般診療所病床	68.38	37.27	29.96
病院病床	1,185.40	1,214.81	466.69
一般病床	697.23	798.88	387.58
精神病床	254.42	232.03	0
療養病床	228.08	179.99	79.11
結核・感染症病床	4.46	3.9	0
医師数	244.11	320.76	208.77
介護施設数	12.4	13.89	11.88
訪問型介護施設数	3.25	4.48	3.88
通所型介護施設数	3.43	3.32	2.79
入所型介護施設数	2.17	1.9	1.46
特定施設数	0.32	0.52	0.71
居宅介護支援事業所数	2.41	2.67	2.08
福祉用具事業所数	0.8	1.0	0.96
入所定員数（入所型）	76.41	76.18	52.22
入所定員数（特定施設）	18.39	41.62	44.97
介護職員	74.7	85.39	76.93

（出所：地域医療情報システムをもとに筆者作成）

表 8：医療提供体制（東灘区・灘区・芦屋市）

No	設置区	病院名	開設主体	診療科数	病床数	推定病床利用率 (%)	医師数	看護師数 (准看護師含)	特定機能病院	地域医療支援病院	救急告示病院	二次救急医療施設	三次救急医療施設	在宅療養支援病院	在宅療養後方支援病院	DPC対象病院
1	東灘区	A病院	医療法人	11	88	94.45	9.1	37				○		○		
2	東灘区	Bリハ病院	医療法人	7	120	96.16	7.7	60								
3	東灘区	C病院(病床再編中)	公益財団法人	29	260	79.52	65	168		○	○	○				○
4	東灘区	D病院	医療法人	18	166	82.96	19.9	95						○		
5	東灘区	E病院(病床再編中)	公益財団法人	20	270	73.87	81.5	166			○	○				○
6	東灘区	F病院	医療法人	7	45	62.36	10.5	19								
7	灘区	G病院	医療法人	14	84	84.95	9	50			○	○		○		○
8	灘区	H病院	医療法人	7	103	84.78	6	29				○				
9	灘区	I病院	個人	4	60	91.53	3.1	18								
10	灘区	J病院	共済組合及びその連合会	14	160	86.73	17.6	70			○	○				
11	灘区	K病院	医療法人	11	180	78.66	8.9	58			○	○				
12	灘区	L病院	医療法人	12	80	96.56	9.7	34			○	○				
13	灘区	M病院	医療法人	9	48	-	3.8	15								
14	灘区	N病院	医療法人	19	176	71.36	41.4	107			○	○				○
15	芦屋市	O病院	個人	10	71	77.45	6.7	27			○	○				
16	芦屋市	P病院	医療法人	6	83	84.54	7.3	33			○	○				
17	芦屋市	Q病院	市町村	19	199	90.12	51.3	122			○	○				○

(出所：令和元年度病床機能報告及び兵庫県医療機関情報システムをもとに筆者作成)

表 9：神戸東灘区 6 病院における現状の病床区分と 2025 年の予定病床区分

神戸A区病床の変化	01. 報告年度7月1日時点							02. 2025年7月1日時点									
	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟中(今後再開する予定)	休棟中(今後廃止する予定)	合計許可病床数	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟中(今後再開する予定)	休棟中(今後廃止する予定)	休棟予定	廃止予定	介護保険施設等	合計許可病床数
A病院	0	44	0	44	0	0	88	0	44	0	44	0	0	0	0	0	88
Bリハ病院	0	0	80	40	0	0	120	0	0	80	40	0	0	0	0	0	120
C病院	0	230	42	0	108	0	380	0	380	0	0	0	0	0	0	0	380
D病院	0	95	50	21	0	0	166	0	95	50	21	0	0	0	0	0	166
E病院	8	249	45	0	0	0	302	0	50	172	50	0	0	0	30	0	242
F病院	0	45	0	0	0	0	45	0	45	0	0	0	0	0	0	0	45
合計	8	663	217	105	108	0	1,101	0	614	302	155	0	0	0	30	0	1,041

(出所：令和元年度病床機能報告をもとに筆者作成)

## 5. 患者分析

地域における医療法人Mの役割や機能を明らかにするために患者分析を行った。A病院は主な診療実績、MDC 経年変化、再入院率、入院経路と退院経路、患者マーケット・シェア分析をもとに、Bリハ病院は主な診療実績、A病院との連携状況、入院経

路と退院経路、シェア分析をもとに考察する。

## 5-1. A病院の患者分析

### 5-1-1. A病院の主な診療実績の推移

A病院の患者分析を実施した。表10はA病院の主な診療実績の推移である。病床利用率はいずれの年度においても90%を超えており、高い数値である。新入院患者数は2017年度をピークに減少している。平均在院日数は、直近年度医療療養病床が132.3日、一般病床が19.8日、地域包括ケア病棟が32.1日であった。患者1人1日当たり入院単価は増加傾向にあり、直近年度30,732円であった。

表10：A病院主な診療実績の推移

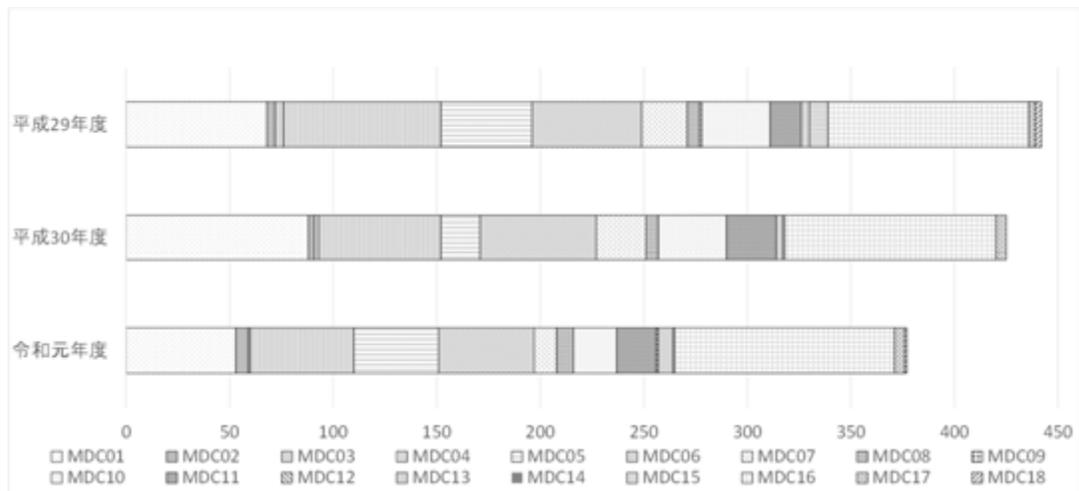
A病院	2016	2017	2018	2019	2020
病床利用率 (%)	99.6	99.2	96.9	94.9	92.2
新入院患者数 (人)	55.5	56.1	53.6	52.8	52.1
1日平均入院患者数 (人)	84	87.2	85.2	83.5	81.1
平均在院日数 (日)	45.3	47.5	48.4	51	47.1
平均在院日数 医療療養病床 (日)	165.2	213.5	174.9	117.7	132.3
平均在院日数 一般病床 (日)	17.8	18.9	19.6	19.7	19.8
平均在院日数 地域包括ケア病棟 (日)	27	28.1	28.9	25.7	32.1
患者1人1日当たり入院単価 (円)	27,747	27,338	28,138	29,124	30,732

### 5-1-2. A病院のMDC件数

図9はA病院のMDC件数の3カ年の経年推移を示している。総件数は平成29年度以降減少している(△14.7%)。A病院の主要なMDC別疾患はMDC01神経系、MDC04呼吸器系、MDC05循環器系、MDC06消化器系、MDC16外傷系の疾患である。

減少傾向にあるのはMDC01神経系(△22.1%)、MDC04呼吸器系(△34.2%)、MDC06消化器系(△13.2%)、MDC07筋骨格系(△50%)、MDC10内分泌系(△36.4%)であった。

増加傾向にあるのはMDC11腎尿路系(26.6%)とMDC16外傷系(9.2%)である。

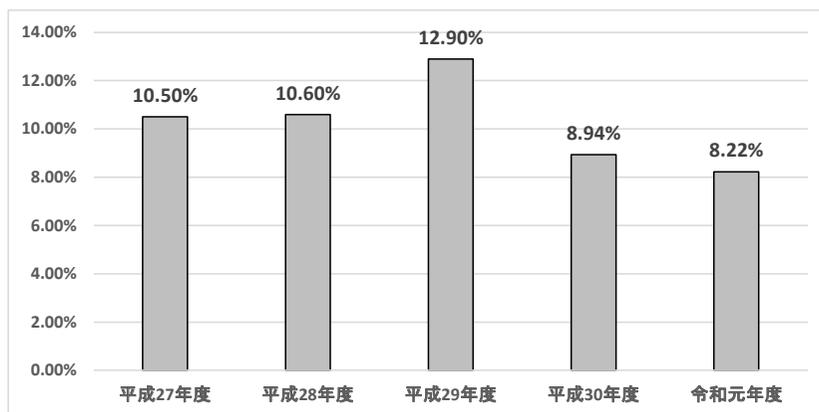


(出所：DPC 導入の影響評価に係る調査結果をもとに筆者作成)

図 9：A 病院の MDC 件数 3 カ年推移

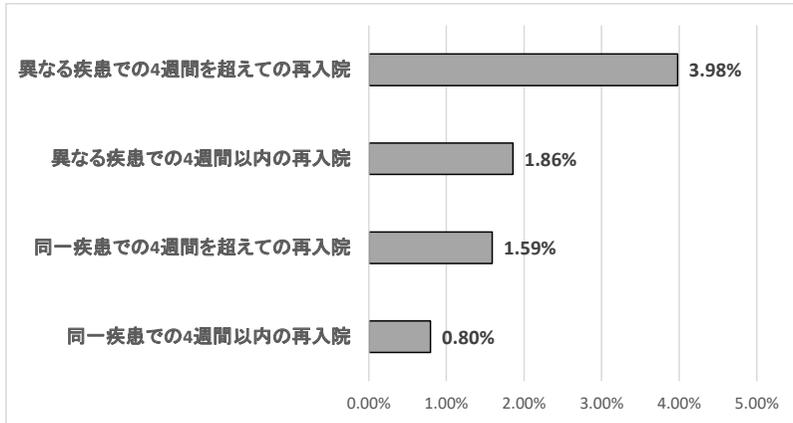
### 5-1-3. A 病院の再入院率

図 10 はA病院の再入院率を示している。再入院率は直近年度 8.22%で、減少傾向にある。再入院の内訳は異なる疾患で4週間を超えて再入院した割合が 3.98%、異なる疾患で4週間以内の再入院が 1.86%、同一疾患での4週間を超えての再入院は 1.59%、同一疾患での4週間以内の再入院は 0.8%である (図 11)。



(出所：DPC 導入の影響評価に係る調査結果をもとに筆者作成)

図 10：A 病院の再入院率



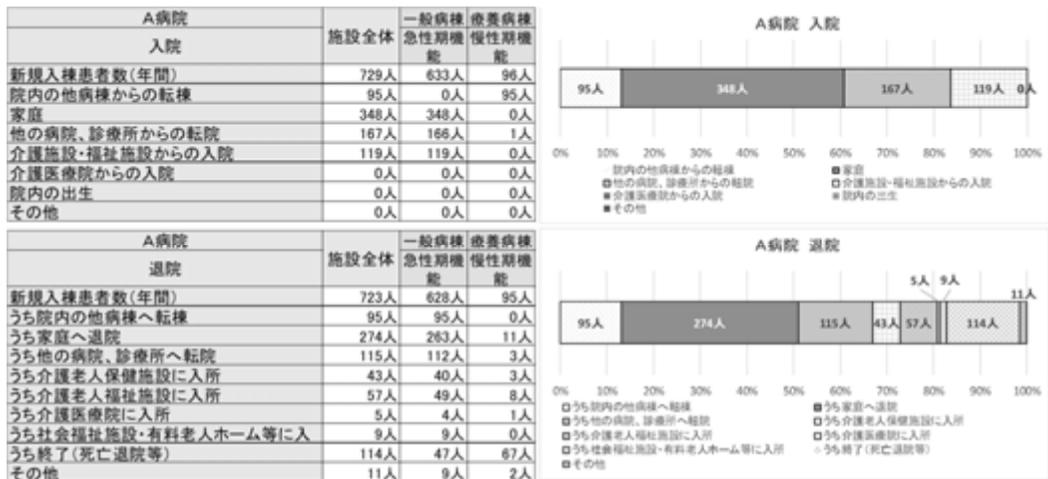
(出所：DPC 導入の影響評価に係る調査結果をもとに筆者作成)

図 11：A 病院の再入院の詳細

### 5-1-4. A 病院の入退院詳細

図 12 はA病院の入院患者の入院前と退院先の状況を示したものである。入院患者の入院前の場所としては、家庭からの入院が最も多い47.7%であった。次いで他の病院、診療所からの転院が22.9%、介護施設・福祉施設からの入院が16.3%、院内の他病棟からの転棟が13.1%であった。

退院先の場所としては、家庭への退院が最も多い37.8%であった。次いで他の病院や診療所への転院が16%、死亡退院が15.8%、院内への他病棟への転棟は13.1%、その他17.3%であった。



(出所：令和元年度病床機能報告をもとに筆者作成)

図 12：A 病院の入退院詳細

### 5-1-5. 患者マーケット・シェア分析

医療法人Mの位置する東灘区の DPC データを抽出できる A病院を含めた 4 病院の分析を行った。患者マーケット・シェア分析は、図 13 に示すとおり、自院の患者数を縦軸に、地域内でのシェアを横軸に取り、散布図にし、SWOT 分析を行うことで、地域における自院の役割や機能を示すことが可能である。

散布図において、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が多いことを示しており、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。

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ており、病院の競争力、すなわち外部環境要因を反映している（今井 2017）。

		外部環境		
		脅威	機会	
		地域シェアが低い	地域シェアが高い	
内部環境	強み 患者数が多い	差別化戦略	積極的攻勢	MDC01：神経系 MDC02：眼科系 MDC03：耳鼻科系 MDC04：呼吸器系 MDC05：循環器系 MDC06：消化器系 MDC07：筋骨格系 MDC08：皮膚系 MDC09：乳房系 MDC10：内分泌系 MDC11：腎・尿路系 MDC12：女性生殖器官系 MDC13：血液系 MDC14：新生児系 MDC15：小児系 MDC16：外傷系 MDC17：精神系 MDC18：その他
	弱み 患者数が少ない	専守防衛 又は撤退	段階的施策	

（出所：「すべて Excel でできる！経営力・診療力を高める DPC データ活用術」をもとに筆者作成）

図 13：患者マーケット・シェア分析

図 14 は C病院の患者マーケット・シェア分析を示している。すべての MDC 疾患において地域シェアが高かった。なかでも積極的攻勢に位置するのは MDC06(消化器系)であった。MDC02(眼科系)、MDC09(乳房系)の疾患は段階的施策に位置しているが、地域シェアは同エリアで独占状態である。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。

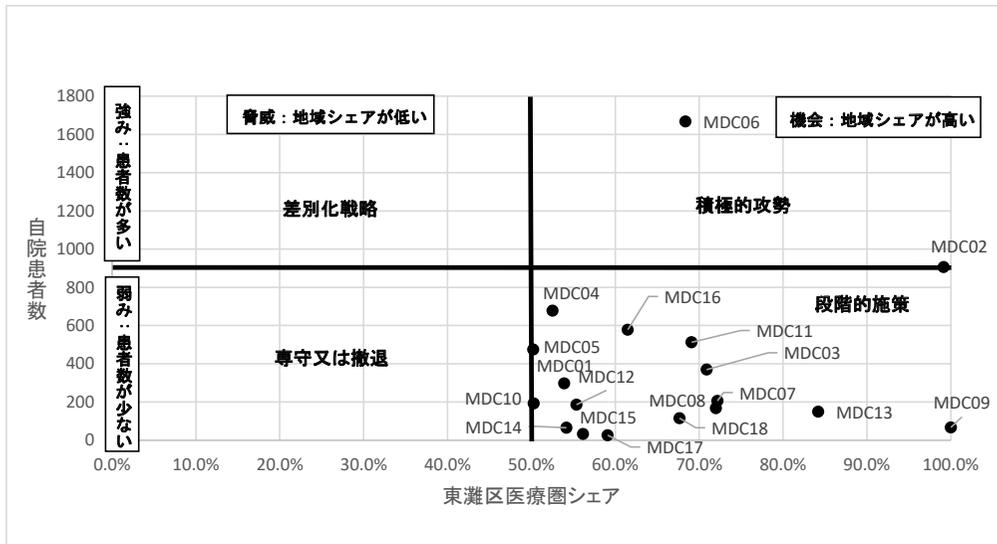


図 14：C病院の患者マーケット・シェア分析

図 15 はD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MDC04(呼吸器系)であり、積極的攻勢に位置している。MDC10(内分泌系)や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。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、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付けられており、競争力や受け入れ能力はいずれも低い状態である。

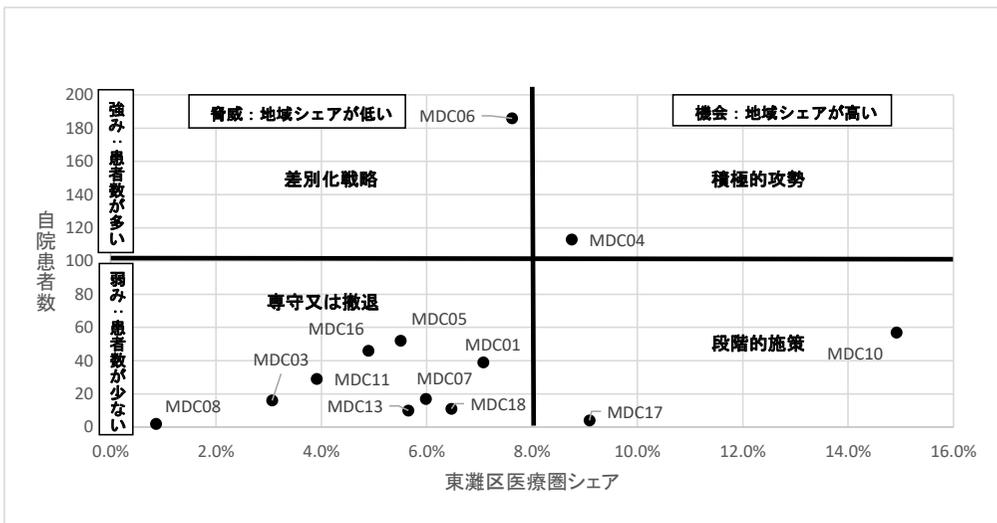


図 15：D病院の患者マーケット・シェア分析

図 16 はE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 MDC04(呼吸器系)、MDC05(循環器系)であり、積極的攻勢に位置している。MDC01(神経系)、MDC03(耳鼻科系)、MDC10(内分泌系)、MDC12(腎尿路系)、MDC14(新生児系)、MDC15(小児系)、MDC18(その他)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。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、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付けられており、競争力や受け入れ能力はいずれも低い状態である。E病院は同エリア南部の人口島にある唯一の病院であり、患者マーケット・シェアが高い要因である。

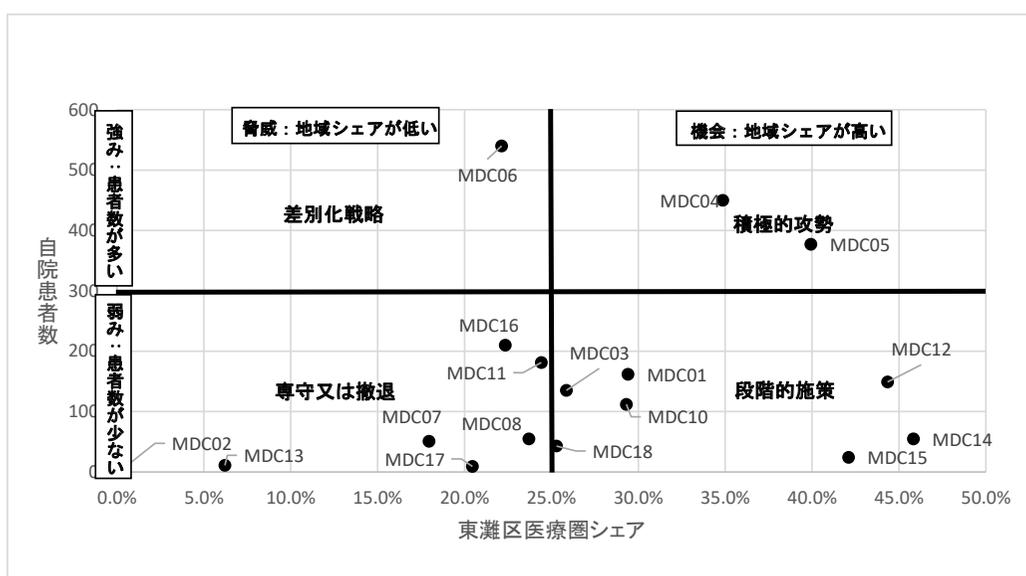


図 16 : E病院の患者マーケット・シェア分析

図 17 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 MDC01(神経系)、MDC16(外傷系)、MDC17(精神系)であった。とくに MDC16(外傷系)は積極的攻勢に位置している。MDC01(神経系)、MDC17(精神系)では、地域シェアは高いが患者数が少ないため段階的施策となった。その他の MDC 疾患は専守または撤退に位置付けられており、競争力や受け入れ能力はいずれも低い状態である。

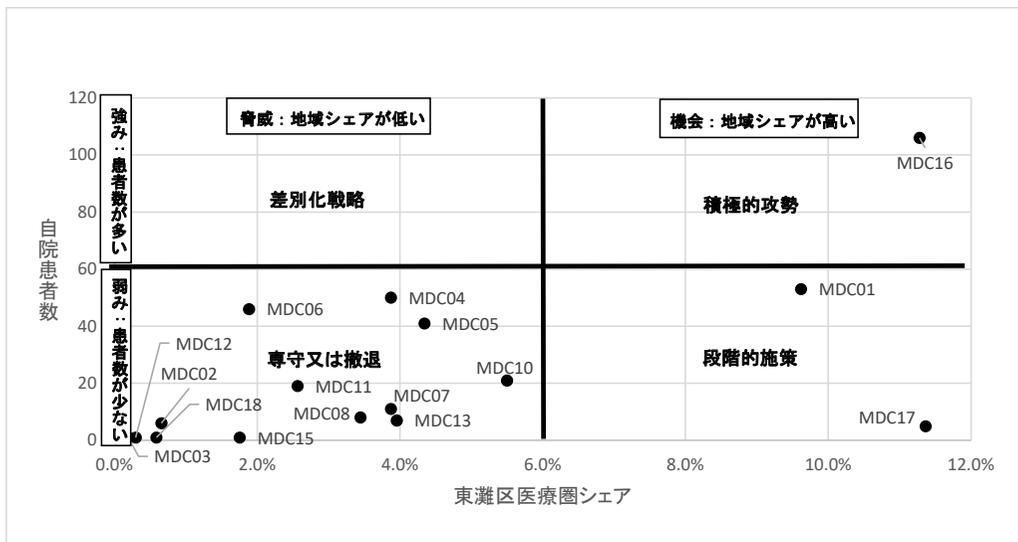


図 17：A 病院の患者マーケット・シェア分析

### 5-1-6. 患者分析が示す A 病院の地域での役割や機能

A 病院の病床利用率は減少傾向にあるが、いずれの年度も 90% 以上で推移している。さらに入院単価は増加傾向にあった。MDC 別の件数では、総件数は減少し、各疾患が減少しているなかで、MDC16(外傷系)と MDC11(腎尿路系)は微増している。また、再入院率は減少傾向である。

A 病院の役割は、家庭からの入院、他の病院、診療所からの転院、介護施設・福祉施設からの入院をサポートするケアミックス型病院である。地域で果たしている主な機能は、入院した患者を家庭や施設へ帰す急性期機能と、入院した患者を最期まで看る慢性期機能を持っている。

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 MDC01(神経系)、MDC16(外傷系)、MDC17(精神系)と示された。A 病院では、MDC16(外傷系)の整形関連の疾患を多く受け入れており、地域シェアが高く強みと示され、積極的攻勢に位置している。

MDC01(神経系)疾患では、脳梗塞、脳卒中の続発症患者、MDC17(精神系)疾患では、認知症の患者を多く受け入れているが、地域シェアは高いが患者数が少ないため、段階的施策となった。

整形関係の疾患や、脳梗塞、脳卒中の続発症患者、認知症の患者を中心に地域シェアが高いため、これらの疾患においては、地域での役割を果たすことができている。

その他の MDC 疾患は専守または撤退に位置付けられており、競争力や受け入れ能力はいずれも低い状態であり、競争優位に立てている MDC 疾患は少ない。

## 5-2. B リハ病院の患者分析

### 5-2-1. B リハ病院の主な診療実績の推移

B リハ病院の患者分析を実施した。表 11 は B リハ病院の主な診療実績の推移である。病床利用率はいずれの年度においても 90% を超えており、高い数値である。直近年度は COVID-19 の影響があり病床利用率は低下している。平均在院日数は、直近年度回復期リハビリテーション病棟が 63.8 日、障害者施設等一般病棟が 143.2 日であった。患者 1 人 1 日当たり入院単価は増加傾向にあり、直近年度 38,676 円であった。

表 11：B リハ病院の主な診療実績

B リハ病院	2016	2017	2018	2019	2020
病床利用率 (%)	98.1	98.3	96.1	97	91.8
延入院患者数 (人)	42,988	43,068	42,110	42,615	40,209
新入院患者数 (人)	40.8	47.8	54.2	51.3	43.3
1日平均入院患者数 (人)	119.1	119.3	117.2	118.1	111.6
平均在院日数 (日)	88.95	75.55	64.8	69.5	78.1
平均在院日数 回復期リハ病棟 (日)	80.1	68.7	58	59.5	63.8
平均在院日数 障害者一般病棟 (日)	120.6	93.4	87.6	108.6	143.2
患者1人1日当たり入院単価 (円)	37,265	37,300	37,774	37,629	38,676

B リハ病院の回復期リハビリテーション病棟の主な疾患名は、脳梗塞、脳梗塞後遺症、脳出血後遺症の脳血管に関する疾患と大腿骨関連の骨折及びそれらの術後による整形に関する疾患が多くを占めている。2020 年度は脳血管疾患の割合は 60.8%、整形疾患の割合は 37.8%、廃用症候群患者は 1.3% であった。障害者一般病棟の主な疾患名は、パーキンソン病、ALS、その他難病疾患が多くを占めている。

### 5-2-2. A 病院と B リハ病院の連携状況の推移

図 18 は急性期病棟を有している A 病院から B リハ病院への転院数を示している。転院数は最も多かった平成 27 年度の 84 件から直近年度 40 件へと半減している。

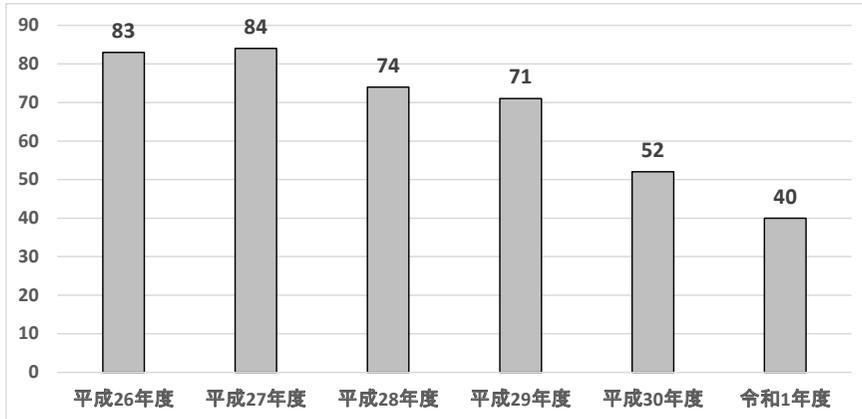
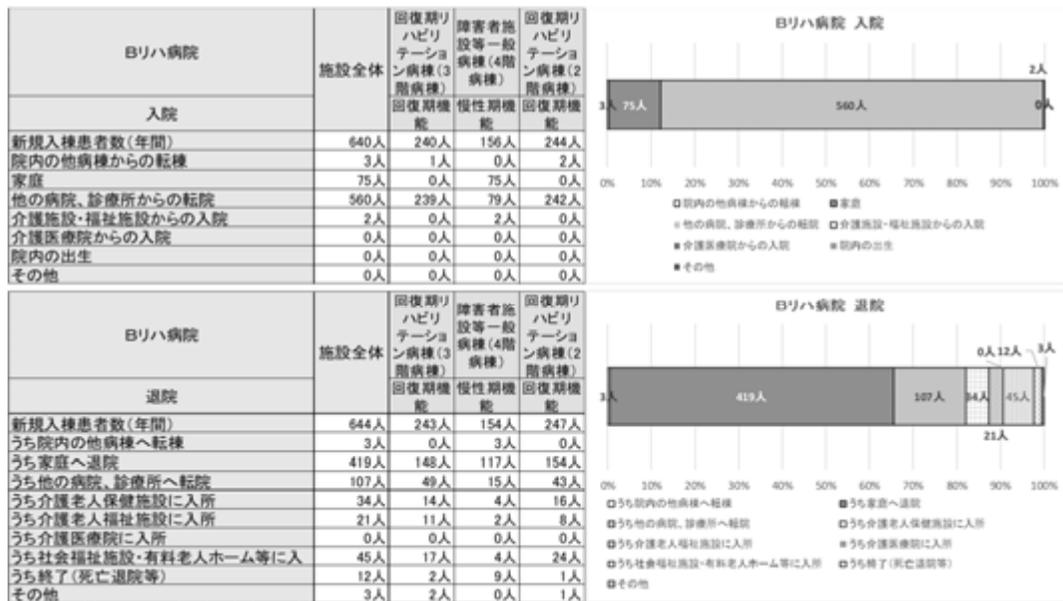


図 18 : A 病院から B リハ病院への転院数

### 5-2-3. B リハ病院の入退院詳細

図 19 は B リハ病院の入院患者の入院前と退院先の状況を示したものである。入院患者の入院前の場所としては、他の病院、診療所からの転院が最も多く 87.5%であった。次いで家庭からの入院が 11.7%であった。退院先の場所としては、家庭への退院が 65.1%であった。次いで他の病院や診療所への転院が 16.6%、その他 18.3%であった。



(出所 : 令和元年度病床機能報告をもとに筆者作成)

図 19 : B リハ病院の入退院詳細

### 5-2-4. Bリハ病院のシェア分析

表12は病床機能報告より神戸医療圏の回復期リハビリテーション病棟を有している病棟を抽出し、Bリハ病院のシェア状況を分析した。Bリハ病院のシェアは10.5%であり、神戸医療圏内において3番目のシェアを誇っている。

また、回復期リハ病棟の新規入棟患者数は神戸医療圏において最も多い484件であり、受入数の多さが際立っていた。また、病床利用率は97.7%と高い数値であり、平均在院日数においても58.5日と短い在院日数で推移しており、回転数は高まっている。リハビリテーションの提供数は平均よりも高い7.85、実績指数においても平均よりも高い結果であった。

表12：神戸医療圏回復期リハビリテーション病棟のシェア分析

市区町村	医療機関名称	回復期	延べ日数	③で算定している入院基本料	回復期新規入棟のシェア	平均在院日数	推定病床利用率	回復期病棟の新規入棟患者数	回復期病棟の退棟患者数	連棟患者の内入院時10点以上患者数	右記内3点以上改善した患者数	改善率	脳血管リハ算定数	運動器リハ算定数	平均リハビリテーション単位数	実績指数
28111神戸市	Hリハ病院	100	32,807	回復期1	12.1%	96.92	89.9%	338	339	116	91	78.4%	100	-	5	41
28110神戸市	Nリハ病院	100	31,996	回復期1	11.8%	78.04	87.7%	412	408	217	167	77.0%	64	51	7	54.4
28101神戸市	Bリハ病院	80	28,519	回復期1	10.5%	58.56	97.7%	484	490	119	74	62.2%	60	36	7.85	51.65
28105神戸市	OM病院	60	20,671	回復期1	7.6%	69.95	94.4%	296	295	122	62	50.8%	33	41	8.2	40.7
28105神戸市	Y病院	56	19,489	回復期1	7.2%	74.53	95.3%	256	267	103	63	61.2%	61	-	7.9	51.2
28107神戸市	Sリハ病院	56	19,453	回復期3	7.2%	78.44	95.2%	250	246	64	50	78.1%	46	28	7.5	40
28108神戸市	ND病院	52	18,301	回復期1	6.7%	61.31	96.4%	300	297	125	72	57.6%	19	45	5.9	45.8
28109神戸市	KS病院	50	17,804	回復期1	6.6%	62.03	97.6%	288	286	105	63	60.0%	48	23	7.9	44.2
28110神戸市	KH病院	44	16,266	回復期1	6.0%	56.28	101.3%	297	281	99	55	55.6%	32	20	6.2	51.6
28106神戸市	KK病院	48	15,572	回復期2	5.7%	56.83	88.9%	285	263	98	61	62.2%	11	27	4.7	31.7
28111神戸市	HK病院	47	14,815	回復期2	5.5%	56.22	86.4%	269	258	89	68	76.4%	38	17	4.9	34.7
28101神戸市	D病院	45	13,637	回復期4	5.0%	75.76	83.0%	174	186	43	28	65.1%	18	16	4.7	20.4
28106神戸市	Tリハ病院	37	12,210	回復期1	4.5%	74.91	90.4%	162	164	81	50	61.7%	22	11	7.4	38.5
28110神戸市	KN病院	27	9,619	回復期1	3.5%	38.71	97.6%	247	250	68	55	80.9%		19	5.8	5.3
28109神戸市	Kリハ病院	60		回復期1	0.0%	0.00	0.0%	0	0	0	0	-	33	41		
合計・平均		862	271,159		100%	62.57	86.8%	4,058	4,030	1,449	959	66.2%	41.8	28.8	6.5	39.4

(出所：令和元年度病床機能報告をもとに筆者作成)

### 5-2-5. 患者分析が示すBリハ病院の地域での役割や機能

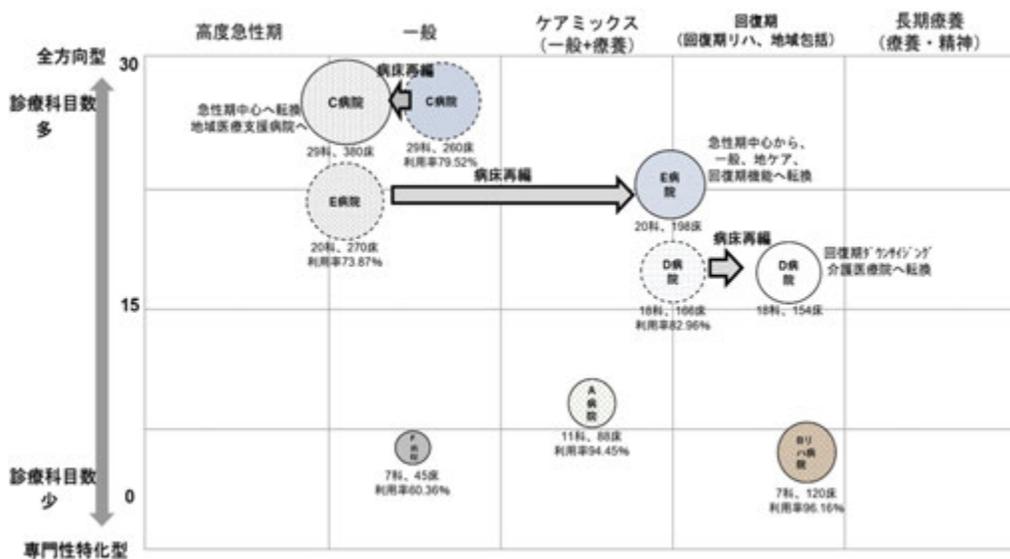
Bリハ病院の病床利用率は高く、いずれの年度も90%以上で推移している。近年においては、急性期病棟を有するA病院からの転院数が減少しており、連携面において課題が明らかとなった。しかし、A病院以外の急性期病院との連携が円滑に行なわれており、病床利用率への影響を補うことができている。また、脳血管疾患の患者数増加に伴い、診療単価は増加傾向にある。脳血管疾患の患者受入については、単価向上において重要となる。

Bリハ病院の役割は、回復期リハビリテーション病棟は他の病院、診療所からの転院、障害者施設等一般病棟は家庭からの入院を中心としたリハビリテーション病院である。地域で果たしている主な機能は、リハビリテーションの必要な患者に対し、リハビリテーションを施し、家庭や他の病院、施設へ帰す回復期機能と、難病患者を長期的に受け入れ、家庭へ帰す慢性期機能を持っている。

Bリハ病院の回復期リハビリテーション病棟のシェアは10.5%であり、神戸医療圏内において3番目のシェアであった。回復期リハ病棟の新規入棟患者数は神戸医療圏において最も多い484件であり、受入数の多さが際立っていた。シェアの高さや患者数の多さからも、Bリハ病院は地域での役割を果たすことができている。

## 6. ポジショニング分析

図20は医療法人Mの位置する神戸東灘区における6病院を示したポジショニングマップである。本節では、自法人が同エリアにおいてどのポジションに位置しているのかを明確にする。縦軸に診療科目数を設定し、診療科目が多ければ高い位置となり、少なければ低い位置となる。高い位置であれば、全方向型の経営を実行しており、急性期中心の病院を意味する。低い位置であれば、専門性特化型の経営を実行していることを意味する。横軸に病床機能を設定し、左側に位置すると高度急性期型、右側に位置すると慢性期型の医療機能を持っていることを意味する。円の大きさは病床数を示し、病床規模が大きいと円が大きくなるように設定している。各病院の病床利用率は令和元年度病床機能報告をもとに算出した。



(出所：メディヴァ第1章「戦略・ビジョン編」ポジショニングマップを参考に  
令和元年度病床機能報告をもとに筆者作成)

図 20：東灘区 6 病院のポジショニングマップ

### 6-1. ポジショニングマップが示す診療領域

地域医療分析で示したとおり同エリアにて、いくつかの病院において病床再編が起こっている。病床変化を中心に各病院の診療領域について述べる（図20）。

C病院は、再編前から急性期を中心とした病院であったが、さらに急性期に特化する形で再編された。急性期一般病床、緩和ケア病床を有する 380 床の病院である。また、救急医療の強化、地域の診療所や医療機関等との連携強化（紹介・逆紹介）を高め、2020 年 7 月に地域医療支援病院の認定を取得している。診療科目は 29 科目と多く、全方向型の診療領域を持ち、5 節の患者分析で示したとおり、地域の患者マーケット・シェアも高く、地域の基幹病院として急性期機能の役割を担っている。

D病院は、急性期一般病棟、緩和ケア病床、地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟を有する 154 床の病院である。診療科目は 18 科目である。2021 年 4 月に病床再編を行い、回復期リハビリテーション病棟を縮小し、介護医療院へと展開している。介護医療院を構築することで、自院内における垂直連携を強化している。また、介護分野への専門性を高めていると言える。当法人とは、同機能を持った病院である。

E病院は、東灘区唯一の人口島に位置する病院である。再編前は高度急性期を含めた急性期病院であったが、急性期一般病棟、地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟を有する病院へと再編された。病床数はダウンサイジングされ、198床となっている。急性期に特化したC病院と病床機能を分けることで、グループ連携を展開することが可能となった。診療科目は18科目である。当法人とは、同機能を持った病院である。

F病院は、従来から透析医療を中心とした専門性特化型の病院である。診療科目は少なく、一般病棟45床の小規模型病院である。

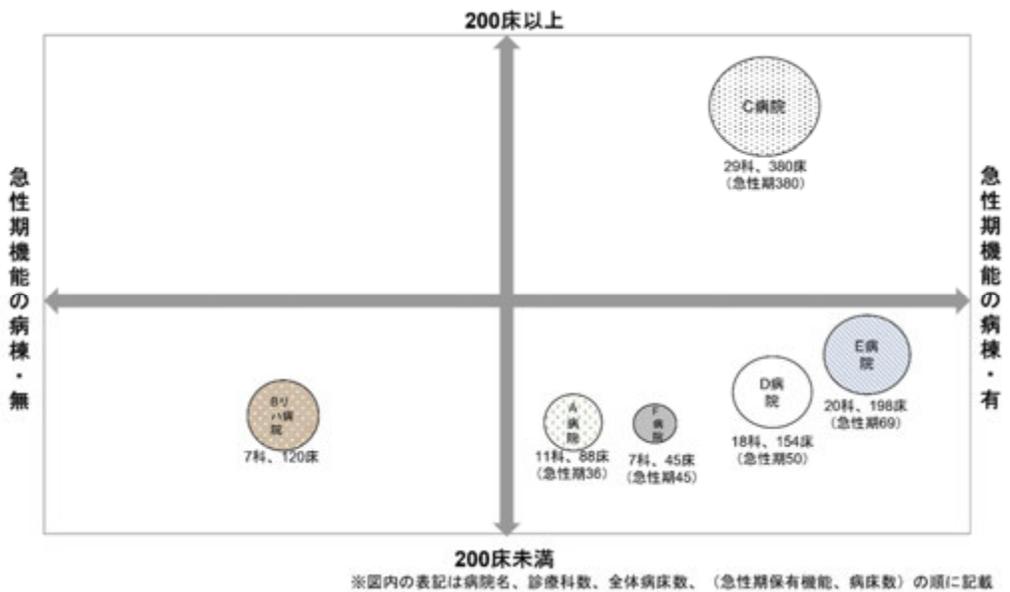
A病院は急性期一般病棟、地域包括ケア病床と医療療養病棟を有するケアミックスの88床の病院である。診療科目は11科目と少ない。法人の特徴として、在宅系サービスや介護施設系サービス、住宅サービス等を有しており、それらとの連携が強い。

Bリハ病院は神戸東部エリア唯一のリハビリテーション専門病院である。診療科目は少なく、リハビリテーションに特化した専門性特化型の病院である。A病院と連携することで、グループ連携を活かした経営が可能である。

## 6-2. ポジショニングマップが示す機能分化

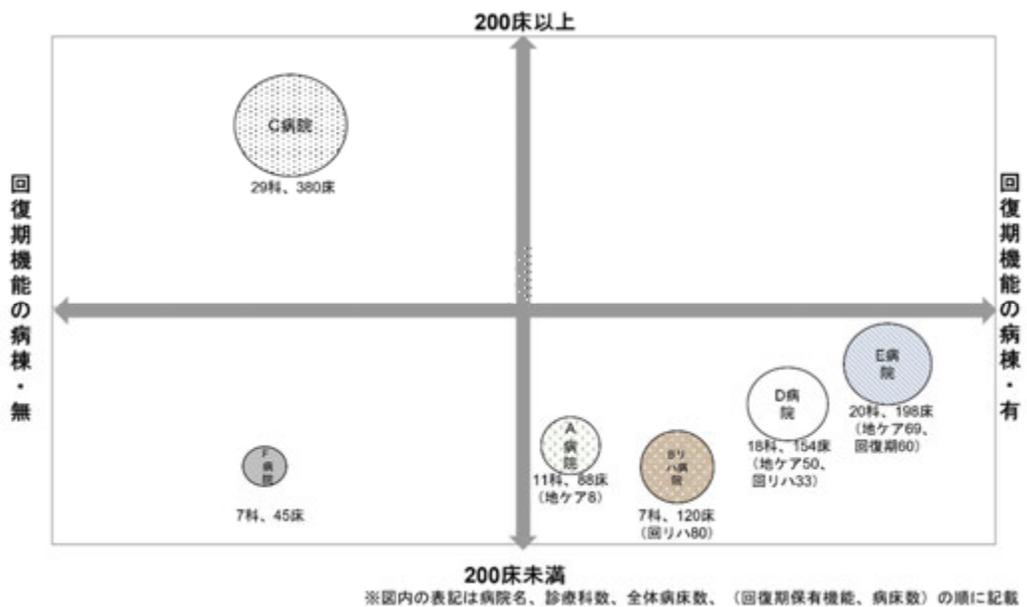
同エリアでは、三次救急機能を有する高度急性期機能を持った病院はなかった。急性期機能を持った病院はA病院、C病院、D病院、E病院、F病院の5病院であった。回復期機能を持った病院はA病院、Bリハ病院、D病院、E病院の4病院であった。つまり、急性期機能及び回復期機能は、地域において機能分化はできていないと言える（図21、22）。

また同機能病院の増加は、患者獲得競争の激化につながる事が予想される。長期療養機能（療養・精神）を持った病院はA病院、Bリハ病院のみであり、地域における機能分化は明確であると言える。



(出所：キャククル、医療業界ポジショニングマップを参考に令和元年度病床機能報告をもとに筆者作成)

図21：東灘区6病院の急性期機能保有別ポジショニングマップ



(出所：キャククル、医療業界ポジショニングマップを参考に令和元年度病床機能報告をもとに筆者作成)

図22：東灘区6病院の回復期機能保有別ポジショニングマップ

### 6-3. ポジショニングマップが示す医療法人Mの差別化状況

A病院、Bリハ病院ともに90%以上の高い病床利用率を維持できており、地域ニーズは高いと言える。とくに他の病院とのポジショニングにおいては、A病院では医療療養病棟、Bリハ病院では障害者一般病棟は同エリアでの病床機能は当法人しか保有していない病床機能であった。

また、病床利用率においてもA病院の医療療養病棟は95%、Bリハ病院の障害者一般病棟は93.4%と高く、競争優位なポジションにつながっており、差別化が図れていると言える。

同機能を持った病院の多さが目立つ回復期リハビリテーション病棟においては、Bリハ病院は入院基本料1の施設基準を取得しているが、近年、多くの病院が同基準を取得しており、施設基準による差別化は図れていなかった。

しかし、5節での患者シェア状況では、神戸医療圏でのシェアの高さや入院患者受入数、病床利用率の高さ、リハビリテーションの提供数、実績指数の高さが示された。また、全室個室という療養環境の構築は、環境面においてプライバシーの確保が図れており、患者家族の高い満足度につながっている。

この全室個室は感染面においても有効であり、COVID-19回復者の受け入れにも対応できている。これらは、患者や連携先からの地域ニーズを満たし、競争優位につながっており、差別化が図りにくい環境下でありながらも差別化が図れていると言える。

同機能の多かった急性期一般病棟、地域包括ケア病棟は5節の患者分析で示したとおり、A病院の患者数は減少傾向にあることから、差別化が図れておらず、競争優位な状況ではない。

## 7. 考察

本稿では、自法人を取り巻く地域医療分析をもとに、医療法人Mの地域における役割や機能、ポジショニングを明らかにしてきた。これらをもとに2病院による医療提供体制にて経営を行う医療法人Mが、地域に存続していくために選択すべき経営戦略について考察する。

### 7-1. 経営戦略の方向性

鈴木(2017)は、高齢化の加速する地域の医療提供体制への課題に対応するためには、医療と介護の連携が必要であること、医療機関同士の「競争」から「協調～役割

分担と連携」が必要となると示している。

また、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は、まず500床以上の病床数の病院は高度急性期、急性期に特化する。200床～500床未満の病床数の病院は高度急性期、急性期又は、地域包括ケアを支える病院のいずれかを選択する。200床未満の病院は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等と述べている。

今後も医療介護需要が高まっていく地域に位置する当院の目指すべき方向性は、A病院は、88床の中小規模型の病院であることを勘案すると、地域包括ケアシステムを支える病院として地域での役割を果たすことが適していると考ええる。

しかし、現状は、急性期一般病棟と地域包括ケア病床、医療療養型のケアミックス型の病院である。ただし、在宅療養支援病院でもあり、地域の診療所との連携はある。地域で需要の高い往診、看取り等の診療ニーズを網羅し、かかりつけ医機能をより強化することが今後の課題と言える。

また、5節で示したA病院の患者分析では、増加が予想される精神科、認知症の患者が増えている。認知症疾患医療センターとして、地域を支える認知症に強い病院として、高齢者医療を支えていくという役割を担うことができる。

Bリハ病院は、地域のリハビリテーション病院として、単科専門病院としてすでに地域の役割を果たしており、今後もリハビリテーション専門病院としての地域ニーズに対応しうるサービス提供を実現する。そのためには効率良くリハビリテーションを行い、早期退院を目指し、さらなる平均在院日数の短縮化を目指すことが求められる。

地域の人口動態は今後も高齢化が進む。このため、地域の疾患需要は高齢化に基づく疾患（呼吸器、循環器などの内科系、骨折、リハビリテーション等の整形系、認知症関係）、在宅医療はとくに需要が高まる。

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。

## 7-2. 地域包括ケアシステムにおけるチェンジマネジメント

マイケル・ポーターは経営戦略には、コストリーダーシップ戦略、差別化戦略、集中戦略の3つがあると述べている（M. E. Porter 1998）。コストリーダーシップ戦略

とは、広い顧客層や分野をターゲットに、コスト優位を構築することを目指す経営戦略である。彼による差別化戦略とは、広い顧客層や分野をターゲットとするが、コストではなく、差別化されたユニークな製品・サービスの提供により、優位性構築を目指す経営戦略である。集中戦略はターゲットとする顧客層や分野を絞り込み、コスト優位か差別化か、もしくはその両方で優位性を構築する経営戦略である（遠藤 2011）とされる。また、岩田(2013)は、神戸医療圏は都市型医療圏・リーダー的大病院存在型・競争型の典型であり、人口が多くマーケットが広いが、大規模病院があるため、中規模病院の選択すべき機能・位置付が制約されていることを示した。さらに類似機能の病院が多く、現段階では患者を取り合っている状況であると述べている。地域に病院が多く存在する場合は、機能を絞り込んだ差別化が求められると言及している。

当法人の位置する神戸医療圏は、4節で分析したとおり競争が激しく、類似機能が多い状況が示された。このため、当法人が選択すべき経営戦略は、差別化集中戦略が適している。その理由は、特定の領域において、専門性に特化し、競争優位性の高い強みを構築する戦略は、中小病院が得意とする領域だからである。

現在の強みとなっている特定領域に自法人の経営資源を投入し、その地位を維持することが重要である。医療資源の少ない中小病院にとって、診療領域の選択と集中を行ない、資源の集約を図ることは必須となる。

### 7-2-1. A病院の差別化集中戦略

当法人における差別化集中戦略の必要性を示し、ここでは具体的にA病院とBリハ病院の差別化集中戦略を述べるために、地域包括ケアシステムにおけるチェンジマネジメントの手法（筒井 2019）を用いた検証を実施した。

#### ①ニーズアセスメント及び②状況分析

4節の地域医療分析では、高齢化率の上昇や、医療介護需要の高さを示した。認知症高齢者の推移では、2025年の将来推計値は69,000人、一人暮らし高齢者数は118,086人と示され、今後も増加すると触れている（神戸市将来推計 2020）。神戸市は全国的にも早くから認知症対策に取り組み、安心して暮らしていただくために、認知症の人にやさしいまち「神戸モデル」を目指している（神戸市保健福祉局 2021）。

3節で示したSWOT分析では、強みの1つとして認知症ケアへの取り組みを挙げた。現状、もの忘れ外来や認知症疾患センター、重度認知症デイケア等、認知症ケアに対するサービスの構築をA病院が中心に進めている。

当法人もこれらに協働してチェンジマネジメントすることで、認知症の人にやさし

いまちの実現を目指す必要があると考える。そのためには、増加する地域の認知症患者をどこで、誰がみるのかを明確にする必要があり、行政や地域住民、専門機関、専門職と協働し、早急に地域包括ケアシステムを構築することが急務となる。

### ③バリューケースの進展

A病院は地域包括ケアシステムを支える病院として、地域の役割を果たすことが適していると示した。バリューケースは増加する地域の高齢者のなかでも、「医療や介護、生活支援サービスの利用が必要な認知症高齢患者」と位置付けた。

### ④ビジョンとミッションのステートメント

ビジョンは「地域の認知症高齢患者をグループ全体で最期まで支援する」とした。そのため、地域の認知症高齢患者においては、認知症を疑ったらA病院で鑑別診断ができ、認知症になったあともA病院で認知症患者をサポートできる提供体制の整備が必要である。

ミッションは「認知症高齢患者に対して、質の高い、安心できるサービスを提供する」とした。

### ⑤戦略計画

チェンジマネジメントにおける戦略計画を3つ立案した。具体的には、職員間でのバリューケースの共有、教育体制の強化、連携体制の強化とした。

バリューケースに注力して取り組むためには組織を変革する必要がある。認知症高齢患者がバリューケースであることを共通認識し、全職員でビジョンやミッションを共有する。

さらに、ミッションである「質の高い、安心できるサービスを提供する」を達成するために、法人内で認知症高齢患者に対する教育体制を強化する。具体的には、認知症サポート医師の養成やユマニチュードを用いた認知症ケア研修、認知症に関する研修、その他資格取得等である。

また、戦略を達成するためには、連携体制の強化は不可欠である。医療や介護、生活支援サービスを利用する方の多くは認知症を抱えているケースが多い。連携を強化することは地域全体で認知症高齢患者を支えることにつながると考える。より多くのケースを扱うことは、職員一人ひとりの経験蓄積やノウハウ構築へつながり、認知症患者を支援するためのより良い環境構築へ寄与すると考える。

### ⑥相互利益の確保

相互利益の確保では、5つの利益を享受することができると思う。具体的には、患者の利益、家族の利益、地域住民の利益、行政の利益、病院の利益である。

患者の利益は、認知症になっても安心して住み慣れた地域で暮らし続けるために適切なサービスやケアを受けることができることである。予防や治療、現状の維持等を含め、サービス提供が与える利益は大きい。

家族の利益は、認知症高齢患者の対応等で苦慮することも多く、日頃の悩みや不安を相談できる環境の提供は家族にとって大きな利益である。さらにA病院の重度認知症デイケア等のサービスを利用している際は、一時的に精神的及び身体的な負担の軽減につながると考える。

地域住民の利益は、増加する認知症高齢患者とのトラブルの解消である。夜間徘徊、ごみ屋敷問題等の地域住民が抱える不安は多く、当法人が認知症ケアに取り組むことで、認知症高齢患者の受け皿を構築できるため、問題解消に寄与できると考える。

行政の利益は、当法人が認知症ケアに取り組むことで、地域の認知症高齢患者に対するサービス提供体制の充実が挙げられる。A病院では、より多くの認知症高齢患者を支援するために、2021年8月より重度認知症デイケアの定員数を25人から38人へ拡大して運用を開始した。

病院の利益は、認知症高齢患者にサービスを提供することで収益確保につながる。認知症高齢患者に強い病院として地域から認知されることができれば、組織のコア・コンピタンスとしての強みの構築に寄与できると考える。

#### ⑦コミュニケーション戦略

コミュニケーション戦略では、行政や当法人が主催する地域包括ケア会議へ参加することで情報共有を行えることが挙げられる。これらは、顔のみえる連携体制の構築につながり、地域課題の解決を促進することができる。

#### ⑧実施の慣行化、⑨モニタリングと評価

認知症高齢患者を支えるためのサービスの構築を進めてきた。今後も地域需要や行政の意向等を加味し、必要に応じたサービス展開を模索したいと考えている。

また、行政や地域住民、専門機関、専門職と協働するためには、システムレベルの会議体機能の強化を行い、仕組み作りが必要である。具体的には、コーディネーションレベルの多職種協働が図れる地域ケア会議である。筒井(2019)は会議体間のコーディネーションレベルの連携を実現させることは、地域包括ケアシステムの深化には必須であると述べている。当法人においても、民間病院主催で、2012年10月から地域ケア会議を定期開催している。

ここでは行政や地域住民、地域の医療機関、介護事業所等の専門機関や地域ケアシステムにかかわる専門職を招いている。これらも継続して開催することで地域包括ケ

アシシステム構築への一翼を担うことができると考える。

モニタリングと評価においては、質の評価を測定するために数値化し、評価指標を設定する。具体的には認知症患者の診察受入数（外来）、認知症患者の鑑別診断数（外来）、認知症に関する相談件数（外来、認知症疾患センター）、認知症カフェの実施回数、参加人数（実施施設）、行政主催・各協会の認知症関連の会議参加数（参加施設職員）、行政主催の地域ケア会議への参加回数や法人主催の地域ケア会議の実施回数、参加人数（実施施設）、地域課題の解決数、認知症高齢患者の困難事例解決数、認知症ケア教育研修参加回数（参加施設職員）等が挙げられる。

これまでA病院の地域包括ケアシステムにおけるチェンジマネジメントに基づき検証を行い、差別化集中戦略を展開してきた。バリューケースは増加する地域の高齢者のなかでも、「医療や介護、生活支援サービスの利用が必要な認知症高齢患者」と位置付けた。ビジョンは「地域の認知症高齢患者をグループ全体で最期まで支援する」と定め、ビジョンを達成するためのミッションを「認知症高齢患者に対して、質の高い、安心できるサービスを提供する」と定めた。

これらの戦略を実現することができれば、地域包括ケアシステムの構築へとつながるため、地域の認知症高齢患者を支える医療機関として、A病院が果たすべき差別化集中戦略と言える。

## 7-2-2. Bリハ病院の差別化集中戦略

Bリハ病院の差別化集中戦略を以下に示す。

### ①ニーズアセスメント及び②状況分析

A病院のバリューケースを「医療や介護、生活支援サービスの利用が必要な認知症高齢患者」と位置付け、神戸東部エリアにおいて「地域の認知症高齢患者をグループ全体で最期まで支援する」というビジョンを定めた。これを達成し、同法人であるBリハ病院との協働を実現するには、Bリハ病院でも「認知症」を併存疾患として有するリハビリテーションを必要とする患者をバリューケースとすることが実効性を高めると考えた。

3節で示したSWOT分析では、強みの1つとしてリハビリテーションに特化していること、5節の患者シェア分析では、Bリハ病院の地域ニーズの高さを示した。

### ③バリューケースの進展

Bリハ病院は引き続きリハビリテーション専門病院として地域での役割を果たすという経営戦略の方向性を示した。Bリハ病院のバリューケースは増加する地域の高齢

者のなかでも、「認知症でリハビリテーションが必要な患者」と位置付けた。A病院と協働することで2つの病院が協働して、この困難な目標の達成を目指すことになる。

#### ④ ミッションのステートメント

ミッションは「リハビリテーションが必要な認知症患者に対して、その人らしく生活をしていただくために質の高い、安心できるリハビリテーションを提供する」とした。

#### ⑤ 戦略計画

チェンジマネジメントにおける戦略計画を3つ立案した。具体的には、職員間でのバリューケースの共有、教育体制の強化、連携体制の強化である。

A病院と同様、まずは組織を変革するためにバリューケースの共有を図る。認知症でリハビリテーションが必要な患者がバリューケースであることを共通認識し、全職員でビジョンやミッションを共有する。

さらに、ミッションを達成するために、A病院と協働して、認知症高齢者に対する教育体制を強化する。Bリハ病院においても、患者の多くは高齢者が占めている。認知症患者に対する教育の徹底された職員が増えることは、職員一人ひとりのスキルアップへとつながる。その結果、質の高いリハビリテーションの提供へとつながり、患者の早期退院や在宅復帰へと導くことができる。さらに、今後のデジタル技術の促進を踏まえると、ロボット等を用いたリハビリテーションの導入も必要である。

また、戦略を達成するためには、A病院との連携体制の強化は不可欠である。A病院とのシステムによる体制はすでに構築することができており、スムーズに患者情報の共有を行うことが可能である。

#### ⑥ 相互利益の確保

相互利益の確保では、4つの利益を享受することができると思う。具体的には、患者の利益、地域住民の利益、行政の利益、病院の利益である。

患者の利益は、質の高いリハビリテーションを実施することにより、早期的に在宅復帰を可能にすることである。心身機能の維持・回復、ADLの維持・改善等、リハビリテーションが与える患者への利益は大きい。

地域住民の利益は、認知症高齢患者をグループ全体で最期まで支援する病院が住んでいる地域にあることで、安心して生活を送っていただくことが可能となり、利益となる。

65歳以上の要介護者について、介護が必要となった主な原因は認知症や脳血管疾患（脳卒中）や骨折・転倒、高齢による虚弱が挙げられている（内閣府高齢社会白書

2021)。行政の利益は、Bリハ病院が認知症患者をバリューケースにし、質の高いリハビリテーションを提供することにより、認知症患者に住み慣れた地域で最期まで暮らしていただけるように支援を行うことが可能である。Bリハ病院のリハビリテーションが行政へ与える利益は大きい。

病院の利益は、認知症の患者に対応できるリハビリテーション病院として認識していただくことである。また、リハビリテーションの提供は病院の収益確保につながる。

#### ⑦コミュニケーション戦略

市民の集まる場に出向き、リハビリテーションを通じた予防教室や啓発イベントへ参加することで、地域住民からの信頼関係構築に発展すると考える。これらは、地域リハビリテーションの構築にもつながると考える。地域に貢献するというBリハ病院の役割を果たすことにも寄与すると考える。

#### ⑧実施の慣行化、⑨モニタリングと評価

認知症でリハビリテーションが必要な患者に対して、モニタリングと評価が必要となる。具体的には、退院後の家屋評価等を通じた調査にて、患者や家族の状況のモニタリングを実施する。サービスが必要な状況であれば、多職種協働を発揮し、適切なサービスへと展開する。

リハビリテーションの質を評価・測定するために数値化した評価指標を設定し、モニタリングを行う。機能がどう回復したのか等の成果を明確に示しておく必要がある。具体的には、認知症入院患者受入数、平均在院日数、リハビリテーション提供数、在宅復帰率、実績指数等である。

コミュニケーション戦略で述べた地域リハビリテーションに関する活動は、COVID-19の流行下において実施ができていない状況にある。今後、慣行化の確立に向けて検討を進めている。

これまでB病院の地域包括ケアシステムにおけるチェンジマネジメントに基づき検証を行い、差別化集中戦略を展開してきた。バリューケースは「認知症でリハビリテーションが必要な患者」と位置付けた。ミッションは「リハビリテーションが必要な認知症患者に対して、その人らしく生活をしていただくために質の高い、安心できるリハビリテーションを提供する」と定めた。Bリハ病院が果たすべき差別化集中戦略として、実現することができれば、リハビリテーションが必要な認知症患者を支える医療機関として、地域に存続していくことができると考える。

A病院とBリハ病院のバリューケースが価値ある対象として、地域や行政に認識してもらい必要がある。この課題に対しては、広く認知してもらえるようにマーケティ

ング及び広報機能の強化が今後の課題と言える。

### 7-3. 2 病院体制による法人内垂直統合戦略

病院完結型医療から地域完結型医療の構築が目指されるなかで、連携は不可欠である。当法人においては、A病院とBリハ病院の2病院体制での運営を行っている。急性期、回復期、慢性期までの垂直統合戦略は、すべてのケアを行うことができるため、より質の高い医療や介護の提供につながる。

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。5節で示したとおり、自法人の主な連携機能としては、急性期病棟から医療療養病棟、急性期病棟から在宅や介護、急性期病棟から回復期リハビリテーション病棟、回復期リハビリテーション病棟や障害者施設等一般病棟から在宅や介護、その他にも在宅、介護、住まいとの連携等さまざまである。

医療との連携だけでなく、在宅、介護、住まいとの連携がグループで可能であることは、連携面において強みである(図23)。今後もグループ内での連携をさらに強化することは、地域の高齢者医療をグループ全体で包括的にケアすることへとつながる。グループ内での連携を展開することは、患者や家族にとっても、同一グループ内の連携ということもあり、安心感を与えることができること、近距離な移動であり負担が少なく、自宅に戻った際もフォローアップが可能という利点が挙げられる。

また、働く職員にとっても、情報共有がスムーズであり、利点は多い。地域完結型の医療提供体制の構築が求められるなかで、医療機関同士の連携はもちろんであるが、今後は介護施設との情報ネットワークの強化が欠かせないものとなる。継続したサービスを提供するために、よりスムーズな連携を図っていく必要がある。

大東(2017)は、医療機関が単独で生き残りをかけた競争を展開する時代は終わり、統合や連携等による協調の道を模索することが各医療機関における喫緊の課題と述べている。地域医療のニーズに応え続けていくためには、医療アライアンスの構築を図り、協調していく戦略が必要であると述べている。

今後の地域完結型の医療提供体制の構築には病院同士の競合の視点より、機能分化が進むが故に、協調や協働というキーワードは、重要となる。

	高度急性期	急性期	地ケア・回復期	慢性期	在宅・介護
A病院		○ (急一般)	○ (地ケア)	○ (医療療養)	○ (訪問診療、看取り)
Bリハ病院			○ (回復期リハ)	○ (障害者一般)	
在宅系サービス					○ (訪問看護、訪問介護、訪問リハ等)
介護・施設系サービス					○ (老健、特養)
住宅系サービス					○ (サ高住)

図 23：グループの診療領域

#### 7-4. 財務を意識したマネジメントの重要性

医療施設調査(2019)では、中小規模の病院が多く、医療法人の開設主体が多いといった特徴が示された。また、病院の施設数は過去 10 年間で減少傾向にあった。

医療法人の赤字病院の割合は 24.8%であり、増加傾向にある（独立行政法人福祉医療機構 2020）。医療法人の黒字病院比率は、一般病院、ケアミックス型が低い結果であり、経常利益率も同様の結果であった。また、中小規模の医療法人の経常利益率は、大型規模の医療法人と比べ低い結果であった（病院経営管理指標 2020）。

一般病院とケアミックス型、さらに中小規模の医療法人の経営状況は安定しておらず、財務を意識したマネジメントの重要性は高いと言える。

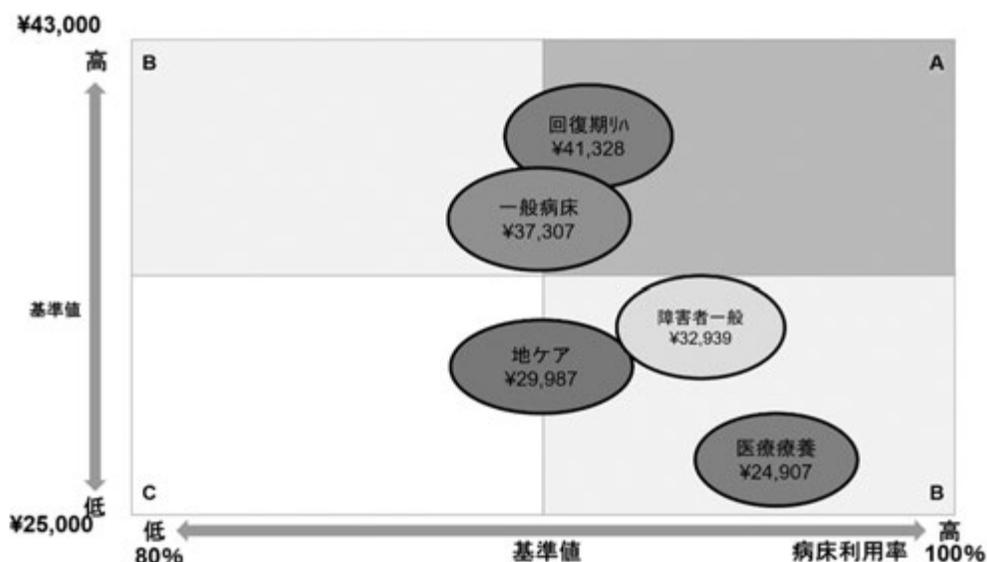
費用の主な割合は人件費である。50～199 床の中小規模の医療法人は、大型規模の医療法人と比べ、人件費が高い傾向にある。大規模病院と比較して収益性の低い中小規模の医療機関にとって、費用のコントロールはとくに重要である。

当法人においても、3 節で示したとおり、医業費用は増加傾向にあり、とくに人件費が高いといった課題が示された。解決には、グループ経営による規模の経済性を活かしたコストマネジメントが必要と考える。その他にも薬剤や診療材料、備品等の共同購入や医療機器の一括購入等が挙げられる。収益面では、当法人において医業収益は増加しているが、利益は減少していた。

課題である収益性を高めるためのマネジメントとして、入院単価の向上を目指した

工夫を図る。図 24 は医療法人Mの各病棟の単価を示したものである。縦軸に診療単価を設定し、診療単価が高ければ高い位置となり、低ければ低い位置となる。横軸に病床利用率を設定し、左側に位置すると低い病床利用率、右側に位置するとより高い病床利用率となる。各病棟の病床利用率と診療単価を示し、現状のポジションを明確にすることは財務面においても重要であると考える。

競合関係の医療機関が増えているなかで、患者や連携先から選ばれ続けている証が収益に示される。患者や連携先から選ばれない病院の収益は安定しないと言える。



(出所：医業経営コンサルティングマニュアルⅠを参考に筆者にて作成)

図 24：医療法人M 病棟別診療単価分析

## 8. おわりに

本稿では、徹底したマーケット・地域の分析を行い、地域における自院の役割や機能、ポジショニングを分析することで、地域ニーズの現状や他院との差別化状況を示すことができた。変化の多い外部要因を勘案しつつ、ポジショニング分析を行うことで自法人の立ち位置を常に明確にしておくことは、自法人がどういった戦略をとるべきか選択するうえで必要不可欠であった。この結果から、2病院による医療提供体制にて経営を行う医療法人Mが存続していくために選択すべき経営戦略としては、差別化集中戦略が必要となると考えた。

この戦略の実効性を高めるため、地域包括ケアシステムにおけるチェンジマネジメントの手法を用いて、A病院は地域包括ケアシステムを支える病院として「医療や介護、生活支援サービスの利用が必要な認知症高齢患者」を、Bリハ病院は引き続きリハビリテーション専門病院として「認知症でリハビリテーションが必要な患者」をバリューケースと定め、差別化集中戦略を示した。

地域において認知症を併存する患者への対応が適切にできる2つの専門的な病院となれば、地域包括ケアシステムにおいて有用な医療機関として、位置づけられるものと考えている。

## 謝辞

本稿をまとめるにあたり、兵庫県立大学大学院経営研究科の筒井孝子教授、小山秀夫特任教授、貝瀬徹教授、木下隆志教授にご示唆をいただき、熱心かつ丁寧なご指導を受け賜りましたことに感謝申し上げます。

## 参考文献（引用文献を含む）

- [1] M. E. Porter(1998) *COMPETITIVE STRATEGY* (土岐坤、中辻萬治、服部照夫訳 『新訂 競争の戦略』ダイヤモンド社)、55-63。
- [2] 石井孝宣、西田大介(2016) 『病院のための経営分析入門 第2版』株式会社じほう。
- [3] 石坂敏彦(2019) 「堺市医療圏における急性期病院の地域共生戦略－A病院のポジショニングとシームレスな連携の一考察－」 『商大ビジネスレビュー』 第9巻第2号、1-31。
- [4] 一戸和成(2021) 「有事斬然 第18回病院経営1年目の通信簿② (新型コロナウイルスの与える影響と今後の方向性)」 『社会医療ニュース』 vol. 47 No. 551、3。
- [5] 井上貴裕(2012) 『医療経営士実践テキストシリーズ2 診療科別・病院経営戦略の「理論」と「実践」』 株式会社日本医療企画、55-56。
- [6] 井上貴裕(2020) 『経営理論に学ぶ病院経営戦略 経営学の巨匠は、この時代に何を示唆してくれるのか』 株式会社ロギカ書房。
- [7] 今井志乃ぶ(2017) 『すべてExcelでできる！ 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。
- [8] 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ー」『商大ビジネスレビュー』第5巻第2号、17-31。
- [9] 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、179。
- [10] 上野勝弘(2020)「S 医療・福祉グループ内各事業所連携のガバナンス強化に向けたNリハビリテーション病院の経営戦略」『商大ビジネスレビュー』第10巻第2号、71-93。
- [11] 遠藤功(2011)『経営戦略の教科書』光文社新書、78-82、112-117。
- [12] 大石佳能子、小松大介(2015)『病院経営の教科書』日本医事新報社。
- [13] 尾形裕也(2010)『医療経営士上級テキスト1 病院経営戦略論－経営手法の多様化と戦略実行にあたって』株式会社日本医療企画。
- [14] 河田津也(2019)「中規模地域密着型ケアミックス病院における差別化集中戦略-堺市北部エリアにおける地域医療分析-」『商大ビジネスレビュー』第9巻第2号、100。
- [15] 桐島寿彦(2019)「地域医療構想における都市型効率病院の経営戦略-地域包括ケアシステムにおける地域密着型医療戦略-」『商大ビジネスレビュー』第9巻第2号、133-172。
- [16] 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』第3巻第1号、239-260。
- [17] 公益社団法人日本医業経営コンサルタント協会(2019)『医業経営コンサルティングマニュアルⅠ』株式会社中央経済社、37-39、56-82、123-127。
- [18] 公益社団法人日本医業経営コンサルタント協会(2019)『医業経営コンサルティングマニュアルⅢ』株式会社中央経済社。
- [19] 角田圭雄(2017)『MBA的医療経営』株式会社幻冬舎。
- [20] 田中滋、古川俊治(2009)『MBAの医療・介護経営』株式会社医学書院。
- [21] 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－地域を支え続けるための医療アライアンス戦略－」『商大ビジネスレビュー』第7巻第2号、95-99。
- [22] 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、286-443、411-412。
- [23] 筒井孝子(2021)『病院介護保険施設運営論』兵庫県立大学大学院経営研究科講義資料。

- [24] 服部哲也(2015)「H病院におけるリハビリテーション病棟計画の戦略ー伊丹の「経営戦略の論理」を使ってー」『商大ビジネスレビュー』第5巻第1号、161。
- [25] 服部奈緒(2013)「中小病院の病床再編戦略の考え方ー病床機能分化に向けてー」『商大ビジネスレビュー』第3巻第1号、384-385。
- [26] 松田晋哉(2020)『地域医療構想のデータをどう活用するか』株式会社医学書院。
- [27] 松本有史(2018)「回復期リハビリテーション病院の経営戦略ー医療マーケティングから見た病床数の再編ー」『商大ビジネスレビュー』第8巻第2号、237-254。
- [28] 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、281-282。
- [29] 山田英夫(2020)『逆転の競争戦略 [第5版] リーダー企業の強みを弱みに変える』生産性出版。
- [30] 山田英夫(2015)『競争しない競争戦略』日本経済新聞出版社。

## 引用ホームページ

- [1] 医療施設経営安定化推進事業 平成30年度病院経営管理指標 III. 病院経営管理指標に関する調査研究結果  
<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000632645.pdf> (2021年8月9日アクセス)
- [2] 医療施設調査 結果の概要  
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/19/dl/02sisetu01.pdf> (2021年6月7日アクセス)
- [3] 株式会社麻生 病院コンサルティング事業部 ポジショニング分析に基づく事業戦略立案  
[https://www.e-byoin.net/gyomu\\_keikaku\\_jigyoo.html](https://www.e-byoin.net/gyomu_keikaku_jigyoo.html) (2021年5月25日アクセス)
- [4] 株式会社メディヴァホームページ 第1章「戦略・ビジョン編」図表1-15 ポジショニングマップ、53-54  
<https://mediva.co.jp/wp/wp-content/uploads/2017/12/42e8fd054e29c857fe3ad9c6a839c55e.pdf> (2021年6月)

- 月15日アクセス)
- [5] 厚生労働省ホームページ 日本の人口等関係資料 参考資料4  
<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000055150.pdf> (2020年10月26日アクセス)
  - [6] 厚生労働省ホームページ 平成29年度DPC導入の影響評価に関する調査：集計結果  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000196043\\_00001.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000196043_00001.html) (2021年6月30日アクセス)
  - [7] 厚生労働省ホームページ 平成30年度DPC導入の影響評価に関する調査：集計結果  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000196043\\_00003.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000196043_00003.html) (2021年6月30日アクセス)
  - [8] 厚生労働省ホームページ 令和元年度DPC導入の影響評価に関する調査：集計結果  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000196043\\_00004.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000196043_00004.html) (2021年6月30日アクセス)
  - [9] 神戸市保健福祉局高齢福祉部介護保険課 将来推計(2025年における要介護者・要支援者数等)  
<https://www.city.kobe.lg.jp/a46210/kenko/fukushi/carenet/shiryo/010618.html> (2021年8月13日)
  - [10] 神戸市保健福祉局高齢福祉部介護保険課 認知症の神戸モデル  
<https://kobe-ninchisho.jp/> (2021年8月13日)
  - [11] 鈴木邦彦 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> (2021年6月18日アクセス)
  - [12] 全研本社株式会社 病院・医療関連業界のポジショニングマップ事例  
<https://www.shopowner-support.net/glossary/position/medicalpositioning/> (2021年8月8日アクセス)
  - [13] 独立行政法人福祉医療機構 2018年度医療法人の経営状況について  
[https://www.wam.go.jp/hp/wp-content/uploads/200110\\_No010.pdf](https://www.wam.go.jp/hp/wp-content/uploads/200110_No010.pdf) (2021年5

- 月 17 日アクセス)
- [14] 内閣府 令和 3 (2021) 年版高齢社会白書 第 1 章 第 1 節 高齢化の状況  
[https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2021/zenbun/pdf/1s1s\\_01.pdf](https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2021/zenbun/pdf/1s1s_01.pdf)(2021 年 8 月 16 日アクセス)
  - [15] 内閣府 令和 3 (2021) 年版高齢社会白書 第 1 章 第 2 節 高齢期の暮らしの動向  
[https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2021/zenbun/pdf/1s2s\\_02.pdf](https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2021/zenbun/pdf/1s2s_02.pdf)(2021 年 8 月 14 日アクセス)
  - [16] 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/WP426-28.pdf>(2021 年 7 月 1 日アクセス)
  - [17] 日本医師会 地域医療情報システム 兵庫県神戸医療圏、神戸市東灘区  
[https://jmap.jp/cities/detail/medical\\_area/2801](https://jmap.jp/cities/detail/medical_area/2801)(2021 年 1 月 15 日アクセス)  
<https://jmap.jp/cities/detail/city/28101>(2021 年 1 月 15 日アクセス)
  - [18] 兵庫県医療情報システム  
<https://web.qq.pref.hyogo.lg.jp/hyogo/ap/qq/men/pwtpmenuult01.aspx>(2021 年 5 月 18 日アクセス)
  - [19] 兵庫県地域医療構想  
<https://web.pref.hyogo.lg.jp/kf15/iryoukousou.html>(2020 年 10 月 24 日アクセス)
  - [20] 兵庫県地域医療構想(概要版)2025(平成 37 年)の必要病床数等の推計結果  
<https://web.pref.hyogo.lg.jp/kf15/iryoukousou.html>(2021 年 1 月 20 日アクセス)
  - [21] 兵庫県保健医療計画 神戸圏域  
<https://web.pref.hyogo.lg.jp/kf15/documents/kenniki021kobe.pdf>(2021 年 6 月 23 日アクセス)
  - [22] 兵庫県病床機能報告(令和元年度)神戸圏域  
<https://web.pref.hyogo.lg.jp/kf15/r1byoushoukinouhoukokukobe.html>(2021 年 6 月 19 日アクセス)