

高齢者救急時代における急性期ケアミックス病院の ポジショニング戦略

高 島 創

キーワード：急性期ケアミックス病院、ポジショニング戦略、地域連携、VRIO 分析、
高齢者救急

1. はじめに

1-1. 研究の背景

日本は今、少子高齢化と人口減少という構造的な変化の只中にあり、医療提供体制の根本的な変革を迫られている。2025 年には「団塊の世代」が 75 歳以上の後期高齢者となり、医療・介護需要はピークを迎える。さらに 2040 年にかけて、85 歳以上の超高齢者人口が急増することが予測されており（内閣府, 2025）、医療需要の「量」の増大だけでなく、「質」の変容が喫緊の課題となっている。

この人口動態の変化は、疾病構造の変化と直結する。特に都市部において、複数の慢性疾患を併存する「マルチモビディティ」状態の高齢者が増加し、急性増悪による救急搬送や入退院を繰り返す事例が顕著となっている（東京都健康長寿医療センター, 2019）。実際、神戸市の救急搬送における高齢者の割合は年々増加しており、その多くが軽症から中等症であるものの、入院を必要とするケースが少なくない（神戸市消防局, 2024）。これは、単一の急性期疾患を治療すれば在宅復帰可能であった従来の患者像とは大きく異なり、医療と介護のニーズが複合化した患者への対応が、病院経営における重要なテーマとなっている。

このような外部環境の変化に加え、病院経営は内部環境においても厳しい現実と直面している。医療技術の標準化や情報の均質化により、各病院が提供する医療サービスはコモディティ化が進み、結果として他院との差別化が困難な状況に陥っている。特に、本稿が対象とするような中規模ケアミックス病院は、大学病院のような高度な

先進医療や、小規模な専門クリニックのような特化戦略も取りにくいいため、この同質化競争の渦に最も巻き込まれやすい。

1-2. 研究の目的

本研究の目的は、このような厳しい事業環境に置かれた中規模急性期ケアミックス病院が、いかにしてその他多数の競合から抜け出し、独自の価値（ユニークネス）を確立して生き残るかという、極めて実践的な戦略を構想し、提言することにある。

具体的には、神戸医療圏に実在する中規模急性期ケアミックス病院「A 病院」を事例として取り上げ、外部環境分析および内部環境分析を通じてその経営課題を明らかにする。その上で、クロス SWOT 分析(Weihrich, 1982)や VRIO 分析(Barney, 1991)といった戦略フレームワークを用い、A 病院が取るべき具体的なポジショニング戦略(Porter, 1980)を導出する。

1-3. 研究の方法と本稿の構成

本研究の目的を達成するため、以下の手順と構成で論を進める。

まず第 2 章では、都市部の医療圏における病院経営戦略に関する先行研究をレビューし、本研究の学術的な位置づけを明確にする。

続く第 3 章では、A 病院を取り巻く事業環境を分析する。章の冒頭となる第 1 節では、分析対象である A 病院の概要を述べる。続く第 2 節「外部環境分析」では、公的統計データに基づき診療圏の人口動態や医療需要、競合環境を明らかにする。第 3 節「内部環境分析」では、DPC データや経営指標を用い、診療機能、病院が有する経営資源と能力、そして患者構成を評価する。そして第 4 節では、ここまでの分析結果をクロス SWOT 分析のフレームワークを用いて統合し、A 病院が取り得る戦略の方向性を抽出する。続く第 5 節では、VRIO 分析を用い、A 病院の持つ強みが持続的な競争優位の源泉となり得るかを評価する。

第 4 章では、第 3 章の一連の分析で明らかになった経営課題と競争優位のポテンシャルに基づき、A 病院が神戸医療圏で持続可能な発展を遂げるための具体的なポジショニング戦略を考察し、提言する。

最後に第 5 章で、本研究全体の結論を要約し、研究の限界と今後の展望を述べる。

なお、本稿におけるデータハンドリングおよび地理的分析には、Microsoft Excel、Microsoft Access、ならびに ArcGIS for Power BI を適宜使用し、統計解析には JMP Pro®18.0 を活用する。

また、本稿は倫理的配慮として、A 病院倫理委員会の審査および病院長の承認（承認番号 7-02）に加え、兵庫県立大学大学院経営研究科倫理審査委員会の承認（承認番号 2024-0018）を得て執筆した。

2. 先行研究のレビュー

本研究は、急増する高齢者救急という喫緊の課題に対し、都市部に位置する急性期ケアミックス病院がいかなるポジショニング戦略を構築すべきかを探求するものである。その学術的な位置づけを明確にし、分析の理論的基盤を構築するため、本章では関連する先行研究をレビューする。具体的には、医療提供体制を取り巻くマクロな環境変化、都市部医療圏における病院の経営戦略、そして戦略実行の要となる地域連携の機能という三つの潮流から知見を整理し、本研究が取り組む課題を明らかにする。

我が国の医療が直面する最大の課題は、急速な人口高齢化とそれに伴う疾病構造の質的変容である。2040 年に向けて後期高齢者人口が急増し、複数の慢性疾患を併存する「マルチモビディティ」の患者が標準的な患者像となりつつある（鷲見, 2023）。この変化は、従来の「病院完結型」医療モデルの限界を示唆しており、国は地域医療構想を推進し、各病院に自らの地域における役割の再定義を求めている（松田, 2024）。

こうしたマクロな要請は、特に複数の医療機関が近接し機能が重複しがちな都市部医療圏において、各病院に独自の経営戦略を迫る。市部の医療圏における病院経営戦略に関しては、岩田（2013）が神戸医療圏を例に、競争の激しい地域で中規模病院が存続するためには、得意分野に特化し他院と役割分担する「共生戦略」が求められると指摘している。同様に、石坂（2019）や光本（2021）も、それぞれ堺市や神戸東部エリアの分析を通じて、地域環境分析に基づいた明確なポジショニングと、機能分化による差別化集中戦略が不可欠であると論じている。これらの研究は、病院が単独で競争するのではなく、地域医療提供体制という、競争と協調が共存する医療圏の中で自らの専門性を定義し、他機関との関係性を構築することが、持続可能性の鍵であることを示唆している。

このような戦略的ポジショニングを具体化する上で、特に重要となるのが、「地域連携」と「院内オペレーション」という、病院の内外にわたる組織能力の構築である。

まず、対外的な機能である地域連携の重要性については、渡邊（2017）が、地域連携室の設置が経営指標に有意な改善をもたらすことを実証的に示している。また、大東（2017）や岡田（2025）は、医療機関が単独で競争する時代は終わり、医療アライア

ンスの構築や ICT を活用した情報共有を通じ、地域全体で高齢化社会に対応する連携体制を構築することが喫緊の課題であると提言している。

一方で、対内的な機能として、効率的な院内オペレーション、特に患者フロー管理（Patient Flow Management ;PFM）の重要性も広く論じられている。藤岡(2024)、今村(2024)など多数の研究が、PFM の導入が在院日数の短縮や病床稼働率の向上といった経営効率の改善のみならず、多職種連携の促進や医療の質の向上にも貢献することを報告している。これは、PFM が病院内部の資源を最大限に活用するための経営システムであり、円滑な地域連携を実現するための前提条件であることを示している。

さらに、高齢者救急の増加や、複数の慢性疾患を併せ持つ多疾患併存患者への対応は、この PFM と地域連携を統合して取り組むべき核心的な課題である。松岡(2025) は、増加する高齢者救急に対し、前方連携（アライアンス）を通じて地域全体のキャパシティを管理する必要性を説いており、鷲見(2023) も、多疾患併存患者への対応が今後の医療提供体制の成否を分けると指摘している。

以上の先行研究レビューは、都市部の病院に「共生」を前提としたポジショニング戦略が求められ、その実行には「地域連携（アライアンス）」と「院内運営（PFM）」という内外両面の組織能力が不可欠であることを示している。

先行研究で示されたこれらの重要な戦略的知見を、特定の経営環境に置かれた病院がいかにして自院の戦略として具体化できるかについては、さらなる事例研究の蓄積が求められている。

そこで本研究では、中規模ケアミックス病院という文脈に着目し、神戸医療圏に位置する A 病院を事例として取り上げる。外部環境・内部環境分析を通じて、同院が採用すべき具体的な戦略を提言することを目指すものである。

3. 事業環境分析

本章では、A 病院が事業を展開する神戸医療圏の外部環境と、A 病院自身の内部環境を分析し、戦略立案の土台となる客観的な事実を明らかにする。

3-1. A 病院の概要

A 病院は、港湾労働者の労働災害に対応するため、1964 年に神戸市中央区で開設された。当初 200 床規模であったが、地域の医療ニーズの増大と多様化に応えるべく増改築を重ね、現在は許可病床数 316 床（急性期一般病棟 265 床、地域包括ケア病棟 51

床)を有する急性期ケアミックス病院として機能している。2004年には施設の大規模な建て替えを完了しており、高度な医療提供と療養環境の質的向上を実現するための物理的基盤を備えている。

診療機能においては、内科・外科系をはじめとする19の診療科を標榜し、幅広い疾患に対応可能な体制を構築している。特に、筋骨格、消化器、呼吸器、循環器領域で豊富な治療実績を有しており、これらが病院の臨床的な中核機能を形成している。さらに、骨粗しょう症やフレイル予防といった特殊外来を設けることで、専門性の高い医療ニーズにも対応している。

A病院の重要な特徴は、そのポジショニングの多機能性にある。「良質で心のこもった医療を働く人と地域のために」という基本理念は、その成り立ちである「勤労者医療」を核としつつも、その役割が地域社会全体へと拡大してきた歴史を物語る。具体的には、地域医療支援病院として神戸市の二次救急医療体制の一翼を担うとともに、災害対応病院としての役割も担うなど、地域のセーフティネットとしての公的な機能を果たしている。同時に、地域包括ケア病棟を運用し、在宅療養の後方支援を担うことで、国が推進する地域包括ケアシステムの重要な構成要素としても機能する。

このように、A病院は神戸医療圏において、勤労者医療の専門性、地域救急医療の基盤、そして地域包括ケアの推進拠点という、3つの異なる、しかし相互に関連する役割を統合したケアミックス病院である。この多機能性は、競争の激しい都市部において独自の強みとなり得る一方で、限られた資源の中で各機能の最適化と連携をいかに図るかという、経営上の戦略的課題を内包している。

3-2. 外部環境分析

3-2-1. マクロ環境分析(PEST分析)及びミクロ環境分析(3C分析)

A病院を取り巻くマクロな外部環境を、PEST分析(Kotler, 2015)で政治、経済、社会、技術の4つの側面から分析する。

図表1に示したマクロ環境分析から、A病院は、国の医療制度改革による機能分化の圧力と、物価・人件費高騰という経済的脅威に直面していることが明らかである。一方で、神戸市の急速な高齢化は、多疾患を抱える高齢者ケアという明確な社会的機会を創出している。この事業機会を捉え、脅威を克服する鍵となるのが医療DXの推進であり、テクノロジーの活用が今後の病院経営を左右する最重要課題である。したがって、A病院には、政治・経済的な逆風を、社会的な追い風と技術革新によって乗り越える、巧みな戦略が求められている。

図表 1：PEST 分析

政治 Politics	- 国の地域医療構想は、病院機能の分化と連携を強く要請している。 - 診療報酬改定は医療 DX への対応を必須とし、医療情報の共有を推進している。 - 医師の働き方改革は、業務効率化を強制する圧力となる。
経済 Economy	- 国民医療費の増大は、患者負担増による受診抑制につながる懸念となる。 - 物価や人件費の高騰は、病院経営を直接圧迫する脅威である。
社会 Society	- 神戸市の急速な高齢化は、A 病院の主要な事業機会となる。 - 特に多疾患を抱える高齢者のケアや、退院支援ニーズが増大する。 - 患者の情報リテラシー向上は、医療の質への要求を高めている。
技術 Technology	- 医療 DX の進展は、病院の競争力を左右する最重要因子となる。 - AI 活用や情報連携は、業務効率化と医療の質向上の鍵となる。

(出所：著者作成)

PEST 分析で明らかになったマクロな環境変化を踏まえ、次に A 病院が直面するより具体的な市場環境を 3C 分析 (Customer, Competitor, Company) のフレームワーク (大前, 1982) で分析する (図表 2)。

分析結果から、A 病院は高齢化する市場 (Customer) のニーズに合致するケアミックス機能 (Company) という強みを持つ。しかし、その市場には機能が重複する多数の急性期総合病院 (Competitor) がひしめき、厳しい競争環境に置かれているといえる。

図表 2：3C 分析

市場・顧客 (Customer)	- 市場機会は、神戸市の高齢化に伴う多疾患を持つ患者の増大にある。 - 急性期から在宅まで、シームレスな医療・介護連携への需要が高い。 - 設立来の勤労者医療も、引き続き重要な顧客基盤である。
競合 (Competitor)	- 競合は熾烈で、大学病院及び大規模特定機能病院 (リーダー型)、中規模急性期病院、特定領域専門病院、そして小規模病院の 3 つに大別される。 - A 病院と直接競合するのは、中規模急性期病院であり、この市場での差別化が最重要課題。 - 回復期病院やクリニックは、連携相手かつ競合という二面性を持つ。
自院 (Company)	- 急性期と地域包括ケアを併せ持つケアミックス機能が強み。これは顧客ニーズに合致し、病床管理を安定させる。 - 地域で 60 年以上運営しており、地域医療支援病院という地域からの信頼性も資産である。 - 中規模ゆえに「選択と集中」が不可避であり、経営資源の配分が戦略上のジレンマとなる。

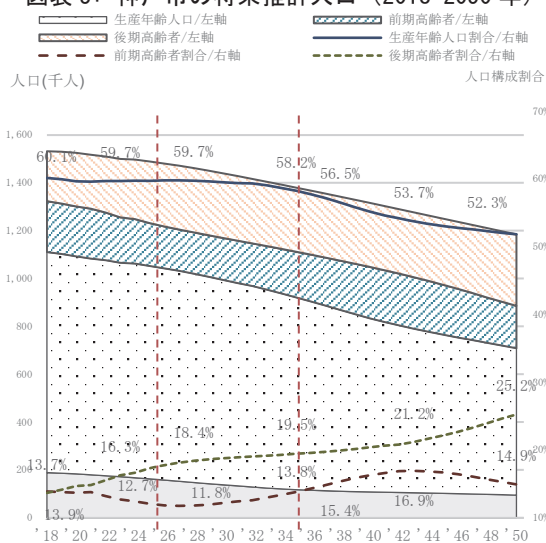
(出所：著者作成)

3-2-2. 神戸市の人口動態と医療需要の構造的変容

次に、神戸市のマクロな人口動態と、そこから派生する医療需要の構造的変化を考察する。

A 病院が属する神戸市の総人口は、2011 年をピークに長期的な減少フェーズにあり、高齢化率も 2050 年には 40.1%に達する見込みである (図表 3)。このマクロトレンドに加え、本稿が特に注目するのは「平均寿命」と「健康寿命」の乖離である (図表 4)。

図表 3: 神戸市の将来推計人口（2018-2050 年）



（出所：「神戸市将来推計人口 2024」より著者作成）

図表 4: 神戸市における平均寿命と健康寿命の推移

年	性別	①平均 寿命	②健康 寿命	③差 (①-②)
2015	男性	81.1	79.6	1.5
	女性	87.2	84.0	3.2
2020	男性	82.0	80.6	1.4
	女性	88.5	85.3	3.2

（出所：「兵庫県における健康寿命の算定結果」より著者作成）

図表 5: 神戸市各区の人口動態マトリクス

カテゴリ	人口増 減率	高齢 化率	該当区
成長・活 気エリア	増加	低い	中央, 兵庫
課題・再 生エリア	減少	高い	東灘
			灘, 長田, 須磨, 垂水, 北, 西

（出所：「神戸市人口動態」、「神戸市毎月人口統計」より著者作成）

このギャップ、すなわち市民が何らかの医療や介護を必要としながら生活する期間は、男女ともに 1.4 年から 3.2 年存在している。

人口の高齢化は、この「不健康な期間」を過ごす人口の絶対数が増加することを意味し、医療需要が「治す医療」から、慢性疾患管理やリハビリテーション、終末期ケアといった「支える医療」へと質的に転換していくことを強く示唆している。

このようなマクロ環境下において、A 病院の診療圏は単一市場ではなく、特性の異なる複数の市場を組み合わせたポートフォリオとして捉える必要がある。内部環境分析で詳述するが、A 病院の患者構成は、主に中央区、灘区、東灘区、北区の 4 区によって形成され、それぞれの区は人口動態において著しく異なる特性を示す（図表 5）。

A 病院が立地する中央区は、人口が増加する「成長・活気」エリアに分類されるが、同時に市内でも有数の医療資源集積地でもある。この市場環境が A 病院に与える影響については、後述する競合分析で詳説するが、まず年齢構成のポートフォリオで、各地区の医療需要を分析する（図表 6, 7）。

A 病院のコア市場である中央区は、成長・都心市場である。生産年齢人口が厚い成長市場であり、急性期医療や専門医療に対する需要が根強い。

同様にコア市場である灘区は、成熟・高齢化市場である。灘区は、後期高齢者比率が突出して高い。これは、図表 4 で示した「不健康な期間」の医療ニーズ、すなわち地域包括ケアや入退院支援に対する需要が市内でも特に強い市場であることを示す。

図表 6：神戸医療圏における年齢階級別人口構成（2025 年推計、単位：人）

年齢区分	西区	垂水区	須磨区	長田区	兵庫区	北区	中央区	灘区	東灘区	総計
95歳～	1,112	1,386	949	678	652	1,291	677	826	1,258	8,829
90歳～94歳	3,229	4,135	2,965	2,020	1,939	3,775	1,985	2,283	3,351	25,682
85歳～89歳	5,976	7,723	6,018	3,859	3,528	7,550	3,529	3,864	5,905	47,952
80歳～84歳	10,722	11,779	9,408	5,610	5,257	12,160	5,223	5,633	8,854	74,666
75歳～79歳	16,462	14,766	12,290	6,997	6,695	16,008	7,572	7,653	12,119	100,562
70歳～74歳	17,177	13,307	10,498	6,273	6,064	14,804	6,918	6,980	11,234	92,755
65歳～69歳	15,929	12,148	9,529	5,530	5,621	12,911	6,820	6,626	11,733	86,847
60歳～64歳	15,917	13,065	10,052	6,225	6,420	13,536	8,130	8,022	13,756	95,123
55歳～59歳	16,290	14,668	10,969	6,856	7,537	14,931	9,608	9,644	16,290	106,703
50歳～54歳	19,077	17,183	12,125	7,483	8,608	17,018	11,384	11,457	18,208	122,523
45歳～49歳	16,244	14,683	10,255	5,886	7,087	13,788	10,423	9,759	15,178	103,303
40歳～44歳	13,374	13,151	8,591	5,035	6,627	11,205	9,742	8,432	13,038	89,195
35歳～39歳	11,340	10,692	7,703	4,719	6,258	9,668	9,384	7,285	11,086	78,135
30歳～34歳	9,405	8,243	6,587	4,612	6,784	8,387	9,706	6,431	9,841	69,996
25歳～29歳	9,455	7,959	6,208	5,494	9,374	8,155	11,692	6,759	10,486	73,582
20歳～24歳	11,873	9,323	6,769	5,477	8,144	9,830	10,037	7,814	11,895	81,162
15歳～19歳	11,880	10,331	6,465	3,716	3,993	10,132	4,742	6,255	10,055	67,569
10歳～14歳	10,492	10,383	6,367	3,064	3,559	9,080	4,602	6,052	9,783	63,382
05歳～09歳	8,321	8,934	5,817	2,770	3,247	7,636	4,542	5,401	8,885	55,553
00歳～04歳	6,137	6,161	4,741	2,438	2,989	5,904	4,272	4,344	6,973	43,959
総計	230,322	210,000	154,306	94,742	110,383	207,269	140,988	131,540	209,928	1,489,478

（出所：「神戸市将来推計人口 2024」より著者作成）

図表 7：神戸医療圏における前期・後期高齢者人口の構成比（2025 年推計、単位：%）



（出所：「神戸市将来推計人口 2024」より著者作成）

隣接地域であり機会市場である東灘区は、中央区と類似した人口構成を持つが、地理的な近接性から、A 病院が持つ特定の強みを活かせる潜在市場である。

同様に隣接地域であり機会市場である北区は、広域・連携市場である。灘区以上に高齢化が進行し、広大なエリアに人口が分散する。地域の医療・介護資源との連携を通じた役割発揮が期待される市場である。

以上の外部環境分析から、A 病院が取るべきポジショニング戦略は、以下のポートフォリオ・アプローチの方向性が示唆される。

すなわち、競争環境の厳しい中央区の基盤を固め、医療ニーズが質的に異なる灘区の特徴に深く対応することで、独自の強みを確立する。さらに、隣接する東灘区や北区の潜在需要を選択的に取り込むことで、持続的な成長を目指す戦略的方向性である。

3-2-3. 医療需要の構造分析と事業領域の評価

本項では、神戸医療圏の疾患別の医療需要に焦点を当てる。将来の需要構造の変化を予測し、A病院が注力すべき事業領域と、見直すべき事業領域を客観的に評価する。

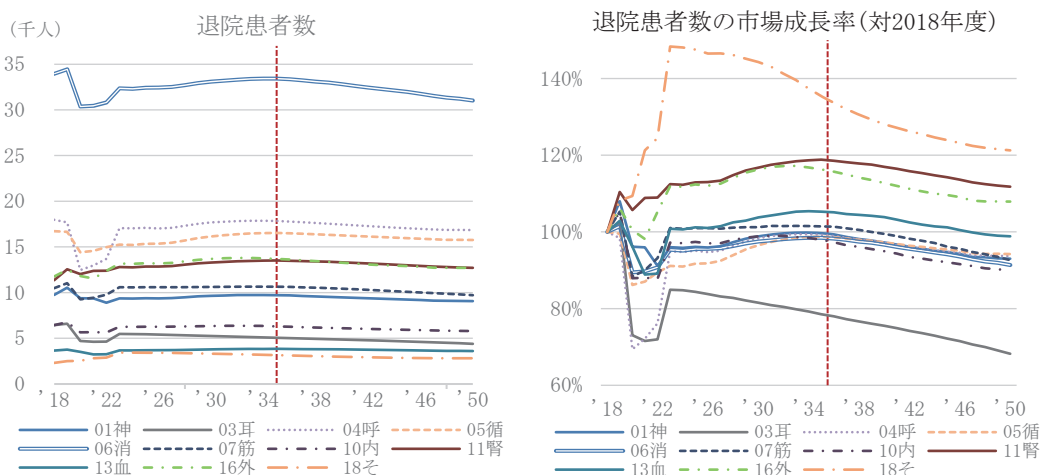
まず、神戸医療圏における主要な疾患領域の将来的な需要規模を把握するため、小塩（2019）を参考に、「令和5年度DPC導入の影響評価に係る調査「退院患者調査」の結果報告」、「総務省統計局人口推計（2023年10月）」及び「神戸市将来推計人口2024」を用いて主要診断群分類（MDC（Major Diagnostic Category）、以下「MDC分類」という。）別に退院患者数の推計を行った。推計結果を図表8に示す。

推計結果が示す最も重要な点は、神戸医療圏の主要な入院需要が2035年頃を境に、ほぼ一斉にピークアウトし、減少フェーズに入るという構造的な転換点である。

A病院が主軸とする領域にこれを当てはめると、高齢化を直接反映する循環器系（05）や、がん治療などが含まれる消化器系（06）は、今後約10年間、高い水準で推移し、A病院の経営を支える中核事業であり続ける。しかし、それらの領域ですら2035年以降は市場縮小が避けられない。加えて、同じく主力である呼吸器系（04）や筋骨格系（07）は、より早い段階で減少に転じるか、ピークが相対的に低いことが読み取れる。

このことは、A病院の戦略が、2035年までを「収益最大化期」、それ以降を「効率化・質的転換期」と捉える、時間軸を意識した二段階のアプローチを必要とすることを示唆している。すなわち、来るべき市場縮小期を見据え、今のうちにどの領域の収益力を高め、どの領域で質的な転換を図るべきか、その戦略的判断が求められている。

図表8：神戸医療圏におけるMDC分類別・退院患者数の推移及び将来推計（2018-2050年度）



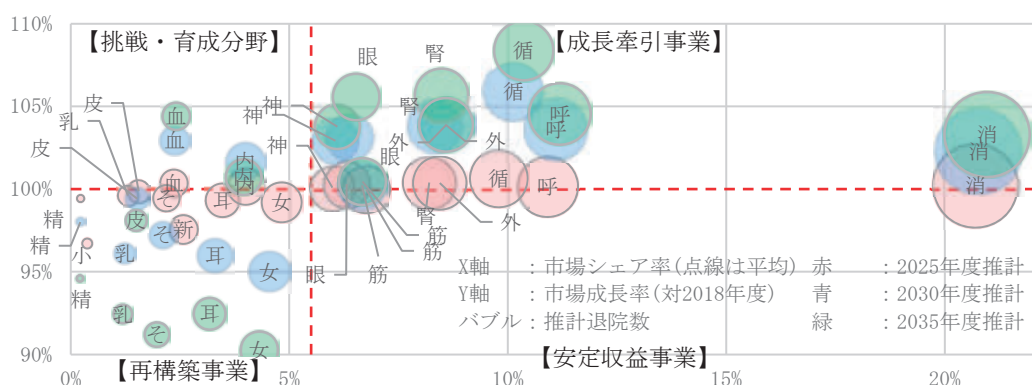
（出所：「DPC導入の影響評価に係る調査、総務省統計局人口推計及び神戸市将来推計人口」より著者作成）

3-2-4. 医療需要推計に基づく PPM 分析による診療領域評価

前項で推計した MDC 分類別の退院患者数の将来予測を基に、各診療領域が、神戸医療圏の中でどのような戦略的位置づけにあるのかを客観的に評価する。

まず、MDC 分類別医療需要のポートフォリオを客観的に評価するため、小塩（2019）を参考に経営戦略論で用いられるプロダクト・ポートフォリオ・マネジメント（PPM）（Henderson, 1984）のフレームワークを活用する。各需要を、前項で分析した「市場成長性」と「相対的市場シェア」の 2 軸でマッピングし、それぞれを「成長牽引事業」「安定収益事業」「挑戦・育成分野」「再構築事業」の 4 象限に分類する（図表 9）。

図表 9：神戸医療圏における MDC 分類別 PPM 分析（2025-2035 年度）



（出所：「DPC 導入の影響評価に係る調査、総務省統計局人口推計及び神戸市将来推計人口」より著者作成）

この分析から、医療需要のポートフォリオに関する以下の戦略的示唆が得られる。

成長牽引事業には、2035 年まで高い需要が見込まれる消化器系・呼吸器系・循環器系がここに位置づけられる場合、これらは A 病院が有する診療機能と将来の市場機会が合致する、最も重要な事業領域である。病院全体の成長を牽引するため、継続的な経営資源の投下によって、収益源としての地位を維持・強化すべき対象となる。

安定収益事業は、市場全体の伸びは限定的だが、A 病院が安定したシェアを確保している筋骨格系などがここに該当する（A 病院の MDC 分類別シェアは後に詳述する）。過度な新規投資は抑制し、効率的なオペレーションによる収益性の最大化を目指すことで、病院経営を支える安定した収益基盤としての役割を担う。

挑戦・育成分野事業は、将来の成長が見込まれるが、現在のシェアが低い領域である。例えば、血液・造血器・免疫臓器の疾患や、内分泌・栄養・代謝に関する疾患がある。「成長牽引事業」に育てるべく、競合の動向を見極めながら、選択的な投資と育

成戦略が求められる。

再構築事業は、市場の魅力が低く、かつ自院の強みも発揮できない領域である。事業規模の縮小や行政との連携または撤退も視野に入れた合理的な判断が必要である。

3-2-5. 地域医療構想をフィルターとした戦略の修正

PPM 分析は、あくまで市場競争の論理に基づく戦略の方向性を示す。しかし、病院経営は公的な規制、特に地域医療構想の影響を強く受ける。したがって、PPM 分析で得られた示唆を、地域医療構想という「規制・政策フィルター」を通して検証し、戦略をより現実的なものへと修正する必要がある。

兵庫県の地域医療構想によれば、神戸医療圏では 2025 年時点で高度急性期・急性期病床が過剰となる一方、回復期病床は大幅に不足すると推計されている（図表 10）。

図表 10：神戸医療圏における機能別病床数の過不足（2025 年推計、単位：床）

	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	合計
2023 年病床機能報告	2,285	6,157	2,665	2,571	13,678
2025 年必要病床数	2,074	5,910	5,032	2,631	15,647
差引(2023-2025)	211	247	▲2,367	▲60	▲1,969
2030 年必要病床数	2,100	6,196	5,310	2,877	16,483
2035 年必要病床数	2,088	6,231	5,349	2,921	16,589
2040 年必要病床数	2,061	6,170	5,307	2,893	16,431

（出所：「兵庫県地域医療構想及び「病床機能報告（令和 5 年度）神戸圏域」より著者作成）

この需給ギャップは、A 病院の戦略に二つの重要な示唆を与える。

第一に、「成長牽引事業」領域である急性期医療を強化する際には、医療の質や専門性、効率性（短い在院日数での退院など）を高める方向での差別化が不可欠である。急性期病床が過剰な市場では、凡庸な医療は淘汰されるのである。

第二に、PPM 分析で「安定収益事業」や「再構築事業」とされた領域の経営資源（医師、スタッフ、病床）を、需要が逼迫している回復期機能へと戦略的にシフトさせることで、地域ニーズに応えつつ、新たな収益機会を創出できる可能性があることだ。

A 病院のケアミックス病院という特性は、急性期機能の強化と回復期機能への転換を、一つの組織内で柔軟に行える点で、この環境下で大きな強みとなる。PPM 分析で特定された各事業領域のポテンシャルを、地域医療構想の要請に合わせどう最適化していくか。これこそが、A 病院のポジショニング戦略の核心となる。

3-2-6. 診療圏分析：熾烈な競争環境と偏在する連携資源

前項では、PPM 分析と地域医療構想を通じて、A 病院が注力すべき事業領域の巨視的な方向性を評価した。しかし、戦略の実現可能性は、その市場における競合の激しさと、連携可能な地域資源の多寡に大きく左右される。

本項では、神戸医療圏を対象に、急性期医療における競合環境と、地域包括ケアを推進する上での連携環境を客観的に分析する。

急性期医療の市場競争は、主に救急搬送の受け入れ体制と、高度な専門医療を提供する病院の集積度によって規定される。

まず、神戸市の高度急性期及び急性期病床の分布を見ると、その多くが中央区から兵庫区にかけて集中していることがわかる（図表 11）。特に、A 病院が立地する中央区は、市内でも最も救急医療の競合が激しいエリアである。3 次救急から 2 次救急を担う大規模・中規模病院も複数存在しており、限られた救急患者を巡る競争環境にある。

図表 11：神戸医療圏における病床機能の分布（単位：床）

	合計	高急性期	急性期	回復期	慢性期
神戸市	13,718	2,285	6,157	2,665	2,571
東灘	991	8	595	277	111
灘区	711	-	364	114	233
中央区	4,425	2,007	1,464	422	532
北区	1,903	73	633	653	544
兵庫	1,025	42	540	238	165
長田	1,068	21	560	279	208
須磨	1,196	62	760	104	270
垂水	1,004	16	687	162	139
西区	1,395	56	554	416	369
(参考) 芦屋市	353	-	286	43	24

【病床機能分布図】

（出所：兵庫県「病床機能報告（令和 5 年）」より著者作成）

次に、急性期医療のもう一つの指標である手術件数を見ると、月間 300 件以上の手術を行う病院は中央区に集中しており、700 件以上の病院も市の中央部に偏在している（図表 12）。これもまた、中央区が高い専門性を持つ病院がひしめく市場であることを裏付けている。

一方で、A 病院が強みを発揮し得る地域包括ケアの領域では、その基盤となる地域資源の分布に大きな偏在が見られる。地域包括ケアの鍵となるのは、日常的な診療を担う「かかりつけ医」と、在宅療養を支える「介護・看護資源」である。

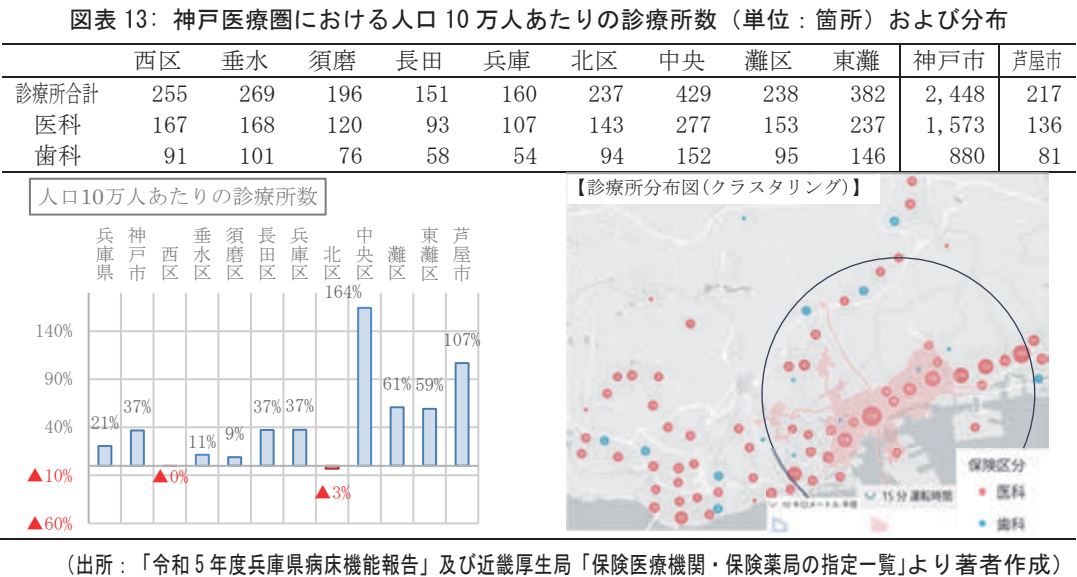
まず、かかりつけ医機能の中心である診療所（クリニック）の分布を見ると、人口

10 万人あたりの施設数は中央区が特に多く、次に灘区と東灘区が同水準で続く。対照的に、北区では診療所の数が著しく少ない（図表 13）。

図表 12：神戸医療圏における主要医療機関別の診療実績比較（2023 年度、月平均）

No	略称	地域	退院患者数(人)			平均在院日数	延べ患者数(人)			手術の有無(人)		
			人数	シェア	累積		人数	シェア	累積	有	無	実施率
1	D	中央	1,406	11.1%	11.1%	9.9	13,943	12.1%	12.1%	748	657	53.2%
2	E	中央	1,382	10.9%	22.1%	12.2	16,892	14.7%	26.8%	722	660	52.2%
3	M	西	909	7.2%	29.3%	8.6	7,808	6.8%	33.6%	469	440	51.6%
4	G	東灘	867	6.9%	36.1%	9.4	8,172	7.1%	40.7%	411	455	47.5%
5	B	中央	682	5.4%	41.5%	9.4	6,392	5.6%	46.2%	309	373	45.3%
6	L	永田	654	5.2%	46.7%	9.6	6,293	5.5%	51.7%	296	357	45.3%
7	C	中央	552	4.4%	51.1%	9.4	5,214	4.5%	56.2%	274	277	49.7%
8	専 a	中央	507	4.0%	55.1%	8.1	4,098	3.6%	59.8%	177	330	34.9%
9	N	須磨	462	3.7%	58.7%	10.8	4,963	4.3%	64.1%	225	236	48.8%
10	A	中央	353	2.8%	61.5%	9.0	3,181	2.8%	66.9%	171	182	48.4%
11	O	垂水	346	2.7%	64.3%	11.1	3,845	3.3%	70.2%	118	228	34.1%
12	P	北	346	2.7%	67.0%	8.0	2,759	2.4%	72.6%	127	218	36.8%
13	H	北	341	2.7%	69.7%	9.1	3,110	2.7%	75.3%	183	158	53.6%

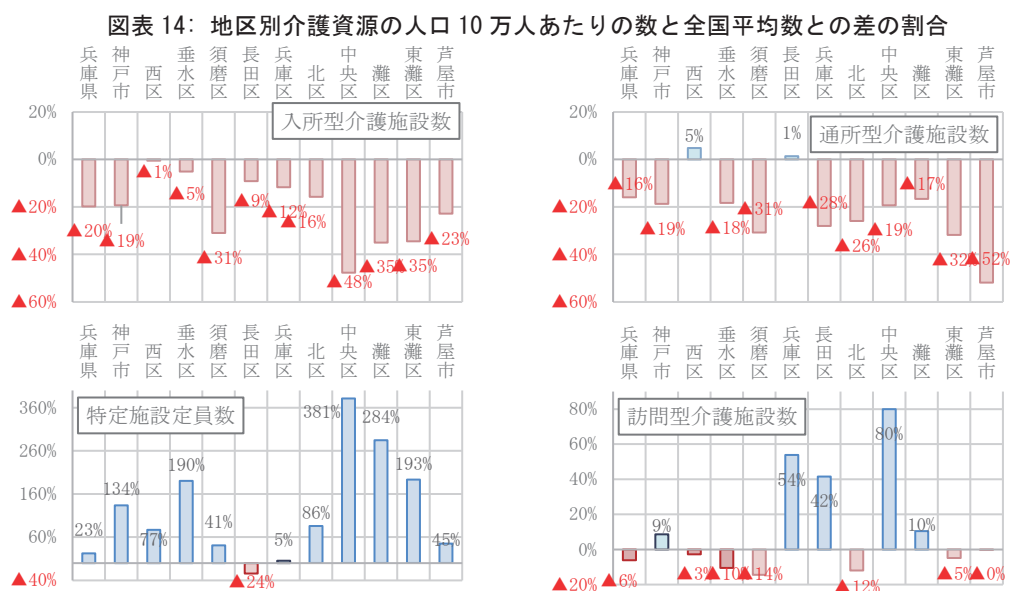
(厚生労働省「令和 5 年度 DPC 導入の影響評価に係る調査「退院患者調査」の結果報告について」より著者作成)



次に、在宅療養を支える入所型介護施設や在宅介護施設といった「在宅療養支援資源」の分布を分析する（図表 14）。

これらの資源を統合的に評価すると、神戸市における入所系施設は介護老人福祉施設や介護老人保健施設は密度が低い、有料老人ホーム等の特定施設の密度が高い。

この傾向は都市部の中央区、灘区、東灘区に特に集中している。これは、神戸市の地代の高さや地域住民の平均所得が高めであることから、入所系介護施設の開設が進まず、高所得者層をターゲットにした有料老人ホームの進出が都市部を中心に進んでいるといえる。また、通所型介護施設の密度は低い、訪問型介護施設の密度が高く、訪問介護需要の方が多くことがわかる。さらに、訪問型介護施設は中央区、兵庫区、長田区が特に多く、その他の地域は密度が低い。



(出所：日本医師会「地域医療情報システムより著者作成」)

本項で明らかにした、A 病院の主要 4 診療圏における競合環境と連携資源の地理的分布は、それぞれが全く異なる市場特性を持つことを示している。以上の分析結果は、次章で A 病院が直面する経営課題を抽出し、具体的な戦略を考察するための客観的な土台となるものである。

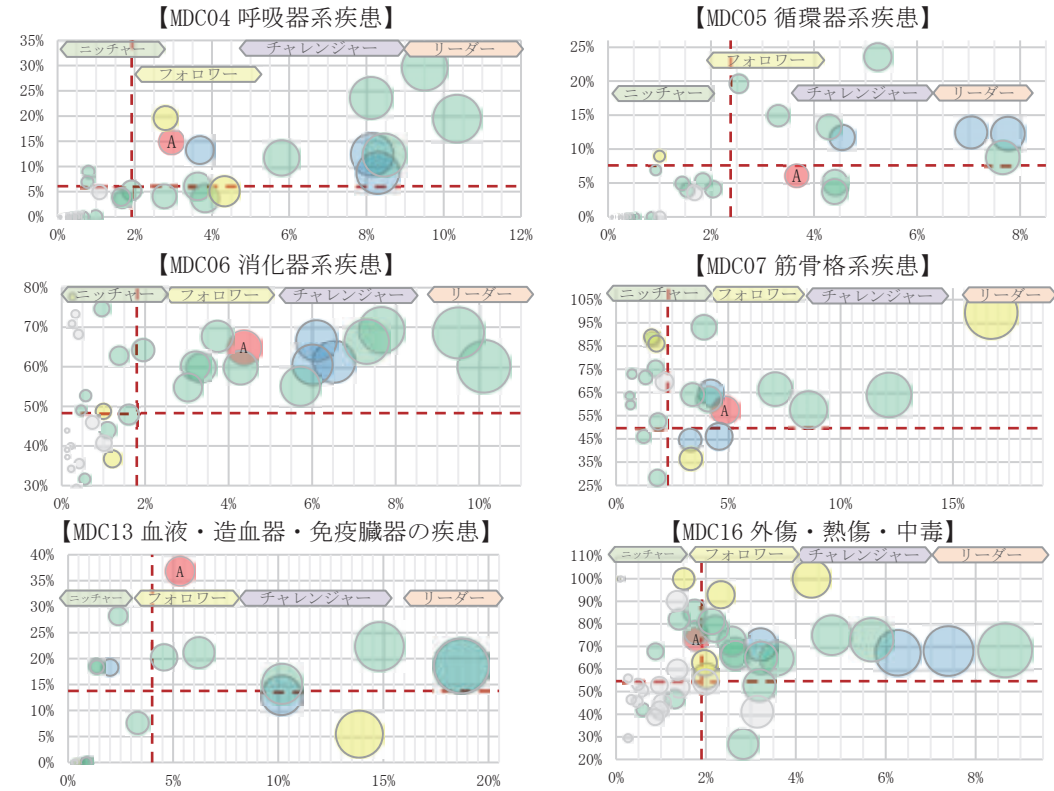
3-2-7. PPM 分析が示す市場ポジション：全領域におけるフォロー

前節の分析結果を踏まえ、神戸医療圏における MDC 分類ごとの戦略的な位置付けを明らかにするため、PPM 分析を行う。

具体的には、X 軸に市場シェア率、Y 軸に手術実施率、X 軸と Y 軸の点線はそれぞれの平均、バブルの大きさ（赤色：A 病院、青色：A 病院の近隣同規模病院、緑色：高度急性期及び急性期病院、黄色：専門病院、灰色：その他の病院）を退院患者数で示し

たバブルチャートを描写し、それぞれの疾患群が持つ特性と市場におけるポジションを可視化した。以下に、その分析結果を詳述する。

図表 15: 神戸医療圏における競合病院のポジショニングマップ (2023 年度)



(出所: 厚生労働省「令和 5 年度 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」より著者作成)

図表 16: MDC 分類別に見た A 病院のポジション (2023 年度)

MDC 分類	ポジション	手術	評価
MDC04 呼吸器	フォロワー	中位	市場はリーダーとチェレンジャーの層が厚く、近隣同規模病院や地域の高度急性期・急性期病院の競合が多く存在している。A 病院の手術実施割合はフォロワー群の中では中位にある。
MDC05 循環器	フォロワー	低位	近隣同規模病院や地域の高度急性期・急性期病院が市場を牽引するが、A 病院はフォロワーに留まり、手術実施率も低位にある。差別化も図れていない。
MDC06 消化器	フォロワー	高位	A 病院はフォロワーの中では高位の手術実施率にあり、高度な外科的治療を提供する能力を有しているものの、それがまだ市場シェアの獲得に十分結びついていない。チャレンジャーに成る可能性がある。
MDC07 筋骨格	フォロワー	中位	機能特化した専門病院が市場を牽引し、その他の高度急性期・急性期病院のシェアを奪われている市場。A 病院はフォロワーの中でも低位に位置している。
MDC13 血液等	フォロワー	高位	A 病院の手術実施率は高位だが、市場拡大まで結びついていない。チャレンジャーになる要素がある。
MDC16 外傷	フォロワー	中位	市場のプレイヤー数が多く、A 病院はフォロワーの中でも低位に位置している。しかし、手術はフォロワーの中では高く、チャレンジャーに成る可能性がある。

(出所: 著者作成)

図表 15 を分析すると、各疾患群における A 病院のポジションは図表 16 のとおり整理できる。A 病院はいずれの疾患群でもフォロワーに位置するが、手術実施割合に違いがあることが分かる。

3-3. 内部環境分析

3-3-1. 地域医療提供体制における A 病院の役割とポジショニング

A 病院と近隣の主要病院について、国、自治体からの指定状況と病床機能を整理する（図表 17）。同院は二次救急指定、災害対応病院、紹介受診重点医療機関、臨床研修指定病院など、地域医療の中核を担うための基本的な指定は受けている。しかし、特定機能病院や三次救急といった最高位の医療機能は有していない。

地域全体の医療提供体制を見ると、機能の階層化と集約化が明確である。D 病院と E 病院は 700 床を超える特定機能病院・大学病院であり、三次救急や国指定のがん診療連携拠点病院として、地域の高度急性期医療を牽引している。これに対し、A 病院を含むその他多くの病院は、二次救急や災害医療、回復期、在宅支援といった機能を分担する構造となっている。

この比較から、A 病院のポジショニングは、地域の高度医療を担うトップ層の病院と、後方支援を担う病院群との中間に位置し、急性期から回復期までを繋ぐ重要な役割を果たしていると分析できる。これは、地域全体で高度医療の集約と各病院の機能分化が体系的に進んでいることを示唆している。

図表 17: A 病院及び近隣病院における国、自治体等の指定状況

項目	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
所在地区	中央	中央	中央	中央	中央	灘	東灘	北	兵庫	兵庫	兵庫	長田
地域医療支援病院	○	○	○	○	-	-	○	○	○	-	-	○
在宅療養支援病院	-	-	-	-	-	○	-	-	-	-	-	-
在宅療養後方支援病院	○	-	-	-	-	-	-	-	○	-	-	-
三次救急	-	-	-	○	○	-	-	-	-	-	-	-
二次救急	○	○	○	○	-	○	○	○	○	○	○	○
災害拠点・対応病院	対応	対応	拠点	拠点	拠点	-	対応	対応	対応	-	-	対応
がん診療指定	準	国	準	国	国	準	準	準	準	-	-	準
紹介受診重点医療機関	○	○	○	○	-	-	○	○	○	-	-	○
臨床研修指定	○	○	○	○	○	-	○	○	○	-	-	○
DPC	標準	特定	標準	特定	大学	標準	標準	標準	標準	標準	標準	標準
届出病床数	316	333	310	786	888	176	433	217	236	211	164	308
(内、高度急性期)	7	6	10	786	888	-	8	17	14	16	-	21
(内、急性期)	259	327	300	-	-	116	403	217	174	145	146	287
(内、回復期)	50	-	-	-	-	60	-	40	48	50	18	-
(内、緩和ケア)	-	-	-	-	-	-	22	-	-	-	-	-

（出所：「令和 5 年度兵庫県病床機能報告」より著者作成）

3-3-2. 医療機器の整備状況から見る機能分化と A 病院の役割

A 病院と近隣の主要病院における高額医療機器の整備状況を整理する（図表 18）。

図表 18: A 病院及び近隣病院における高額医療機器の整備状況（単位：台）

整備機器	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
MRI 1.5T	-	2	2	2	1	1	1	1	-	1	-	1
MRI 3.0T	1	-	-	3	5	-	1	1	1		1	-
CT64 列未満	-	-	-	2	3	-	-	-				
CT64 列以上	1	2	2	6	4	1	2	2	1	1	1	2
Mammography	1	-	1	1	1	-	-	1	1	1	1	-
Angio	2	1	3	8	6	-	1	2	1	1	1	1
SPECT	1	1	1	2	3	-	1	1	-	1	-	-
PET-CT	-	-	-	3	1	-	1	-	-	-	-	-
PET-MRI	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-
IMRT	-	1	-	3	2	-	-	-	-	-	-	-
RALS	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-
手術支援ロボット	-	1	-	3	3	-	-	-	-	-	-	1

（出所：「令和 5 年度兵庫県病床機能報告」より著者作成）

同院は、3.0 テスラ磁気共鳴画像診断装置を 1 台、血管撮影装置を 2 台保有しており、高度な画像診断およびインターベンション領域において高機能設備を有していることがわかる。また、64 列以上の CT やマンモグラフィといった基幹的な診断機器も整備されている。

しかし、PET-CT や PET-MRI といったより専門的な核医学診断装置や、強度変調放射線治療装置（IMRT）、手術支援ロボットといった最先端の治療関連機器は保有していない。これらの機器は地域全体で見ても、特定の病院（特に D 病院と E 病院）に著しく集約されている。

この分析から、A 病院は標準的な医療を提供できる体制にあるものの、最先端の診断や治療を要する症例については、D 病院や E 病院といった高機能病院への依存や連携が不可欠なポジショニングにあることが示唆される。これは、地域内における医療機能の分化と集約化の実態を明確に示している。

3-3-3. 人的資源の比較分析：医師・看護師配置の課題

A 病院と近隣病院の職員数を 100 床当たりには換算して整理、比較する（図表 19）。

同院の職員体制は、100 床当たりの医師数（24.6 人）および看護師数（78.4 人）が、地域の他の主要病院と比較して少ない病院であることがわかる。

図表 19: A 病院及び近隣病院における 100 床当たりの職種別職員数推計（単位：人）

職種	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
医師	24.6	39.5	33.2	58.9	74.5	51.0	39	37	28	55	41	40
(准)看護師	78.4	86.8	99.0	101.3	102.8	94.0	103	133	107	87	190	136
PT/OT/ST	8.1	3.0	4.1	－	2.4	19.0	6.6	2.4	7.2	14.3	14.5	7.0
薬剤師	5.3	8.4	7.4	－	7.5	7.4	5.1	11	6.5	4.7	14	8.2

（出所：「令和 5 年度兵庫県病床機能報告」及び厚生労働省「医療情報ネット（ナビイ）」より著者作成）

3-3-4. 外来診療実績の分析：診療科別の収益構造の二極化

A 病院の内部環境を評価する上で、まず外来診療実績の動向を分析する。図表 20 は、過去 5 年間の A 病院の外来患者数の推移を示したものである。

図表から読み取れるように、外来収入が大きく減少し続けている。一日平均外来患者数は、2020 年度の 710 人から 2022 年度には 552 人と激減した。これは、新型コロナウイルス感染症の流行に伴う全国的な受診控えの影響を A 病院も受けたことを示唆している。しかもコロナ禍後も患者数は戻らず、さらに減少している。これは、地域住民の意識が変容し、受療意思が大きく減退した、あるいはかかりつけ医を変更して A 病院を選択しなくなってきたことを表している。

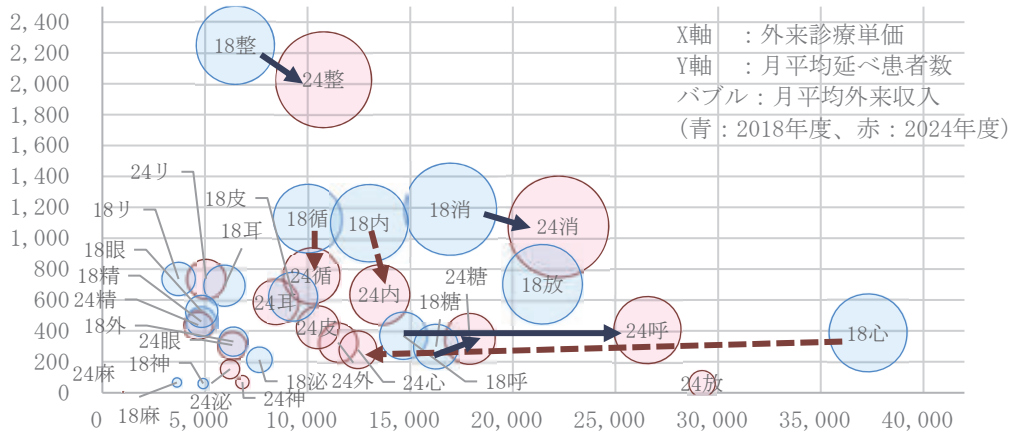
図表 20: 年度別・外来診療実績の主要指標（2018-2024 年度）

項目	' 18	' 19	' 20	' 21	' 22	' 23	' 24	トレンド
外来収入/百万円	1,461	1,308	1,184	1,336	1,356	1,294	1,279	
患者数/1 日平均/人	836.9	832.8	710.0	553.6	551.5	515.4	497.5	
新患者数/1 日平均/人	94.4	90.7	72.2	59.8	63.8	58.6	55.7	
時間外患者数/1 日平均/人	8.1	7.4	5.9	6.5	6.8	6.1	5.4	
平均通院回数/回	8.9	9.2	9.8	9.3	8.6	8.8	8.9	
紹介率/%	58.6	61.0	64.1	65.2	61.2	74.7	78.9	
患者数/延べ/人	204,195	199,867	172,528	133,972	133,458	125,246	107,343	
新患者数/人	23,032	21,776	17,544	14,463	15,497	14,247	13,545	
時間外患者数/延べ/人	2,968	2,713	2,140	2,374	2,496	2,226	1,985	
診療単価/円	8,810	8,219	8,709	11,360	11,759	11,938	11,953	

（出所：「DPC の評価・検証等に係る調査提出データ」より筆者作成）

次に、A 病院の内部環境における強みと弱みを特定するため、診療科別の収益構造を分析する（図表 21）。分析の結果、A 病院の内部では、診療科ごとに収益構造の二極化が鮮明に進んでいることが明らかになった。

図表 21：診療科別外来収入（2018 年度及び 2024 年度）



(出所：「DPC の評価・検証等に係る調査提出データ」より筆者作成)

A 病院の収益を支える強みは、整形外科と消化器内科、そして成長著しい内科（総合内科、呼吸器内科および糖尿病内科）である。これらの診療科に共通するのは、患者一人当たりの単価を向上させることで総収益を伸ばす「高付加価値化」に成功している点である。これは、専門性の高い医療を提供し、地域のニーズに的確に応えられていることを示している。

その一方で、循環器内科と心臓血管外科は、患者数の継続的な減少を止められず、心臓血管外科は単価も大きく減少し、収益が大きく減少している。病院の基幹となるべきこれらの領域での集患力の低下及び高単価の診療未実施は、病院の持続可能性を揺るがしかねない重大な弱みとなっている。

A 病院の内部環境は、「高付加価値化に成功した専門領域」と「集患に苦戦する基幹領域」という二極化が進んでいる。この強みと弱みの鮮明なコントラストが、A 病院の抱える経営課題である。

さらに、診療科ごとの収益の質を評価するため、外来診療単価の分布を分析する（図表 22）。この分析から、A 病院の強みが、診療科の特性に応じた異なる収益モデルであることがわかる。

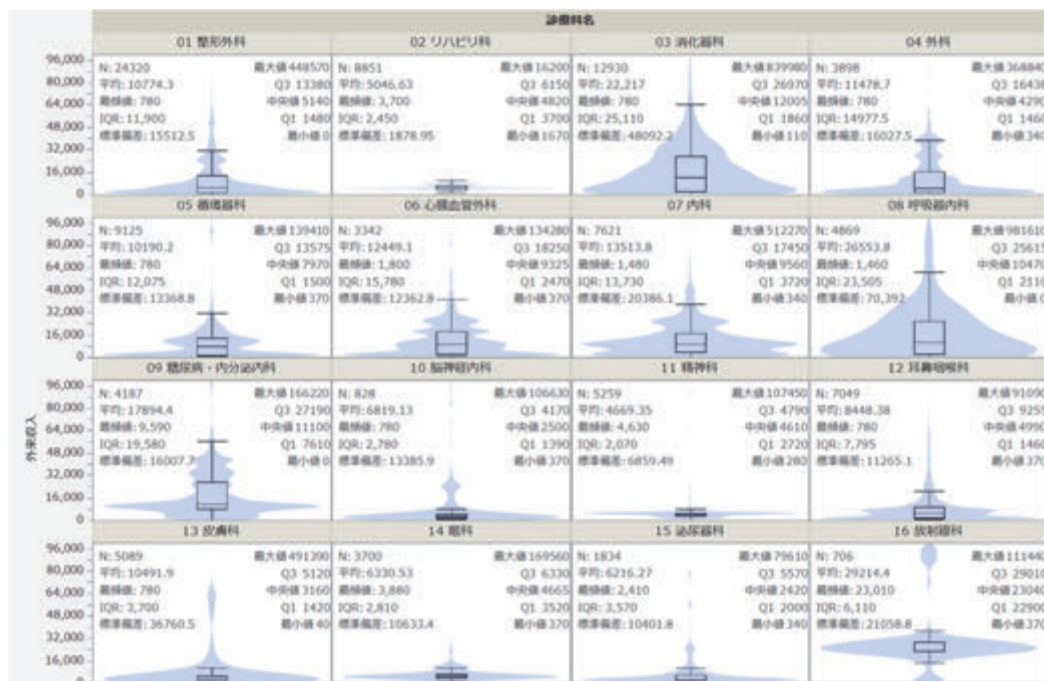
収益の最大の柱である整形外科は、圧倒的な患者数を誇る。診療単価の中央値が他科に比べて低いのは、入院前の外来から入院後のリハビリや通院といった術後フォローアップまでを、一貫して院内で担っているためである。これは、患者の治療サイクルを院内で完結させる包括的な医療提供体制が確立されていることを示しており、医療の質の高さと患者のロイヤリティを確保する、極めて強力な強みである。外科も同

様の構造を持つといえる。

対照的に、消化器内科や呼吸器内科、糖尿病内科は、より高い単価中央値を持つ。これは、内視鏡検査や抗がん剤治療、在宅療養指導といった高単価な医療サービスに特化することで収益を確保するビジネスモデルであり、A 病院の専門性の高さを裏付けけるもう一つの強みである。

一方で、不振が続く循環器内科と心臓血管外科は、診療単価が大きく減少している。これは、高単価となる心臓カテーテル検査等の減少が影響している。そのため、上記いずれの収益モデルも確立できていないことが、深刻な弱みとして浮き彫りになる。

図表 22：診療科別外来診療単価の分布（2024 年度）



（出所：「DPC の評価・検証等に係る調査提出データ」より筆者作成）

3-3-5. 入院診療実績の推移と構造的課題

A 病院の入院診療実績を評価するにあたり、まず過去 7 年間（2018-2024 年度）の推移を概観し、A 病院が直面する構造的な経営課題を抽出する。

図表 23 が示すとおり、分析期間を通じて、A 病院の経営が「患者数減少のスパイラル」という深刻な課題に直面していることが明確に示される。

図表 23: 年度別・入院診療実績の主要指標 (2018-2024 年度)

項目	'18	'19	'20	'21	'22	'23	'24	トレンド
入院収入/百万円	5,766	5,383	4,893	5,196	5,420	5,001	4,875	
月平均稼働病床数/床	360.0	316.0	316.0	316.0	316.0	316.0	294.8	
患者数/1日平均/人	292.3	270.2	225.6	230.2	239.7	222.8	214.5	
病床利用率/%	81.2%	85.5%	71.4%	72.9%	75.9%	70.5%	72.8%	
新患者数/1日平均/人	17.8	16.4	13.9	15.3	15.5	15.5	15.9	
退院患者数/1日平均/人	19.3	17.7	15.5	16.8	17.6	16.8	16.7	
平均在院日数/日	16.4	16.5	16.1	15.1	15.0	14.3	13.5	
診療単価/円	54,042	54,424	59,392	61,836	61,947	61,315	62,279	
手術件数/月平均/件	274.2	268.0	240.4	278.8	281.4	263.1	265.8	
手術単価/千円	550	496	447	404	423	375	358	

(出所:「DPCの評価・検証等に係る調査提出データ」より筆者作成)

一日平均患者数は2018年度の292人から2024年度には215人へと、約27%もの大幅な減少を記録している。この間、2019年度と2024年度に合計95床の病床削減・休床を行っているが、これは市場環境の変化に対する防御的な経営判断であったと評価できる。しかし、病床稼働率は一貫して80%を下回る水準で推移しており、病床規模の縮小が、必ずしも経営効率の改善に結びついていない実態が浮き彫りになる。

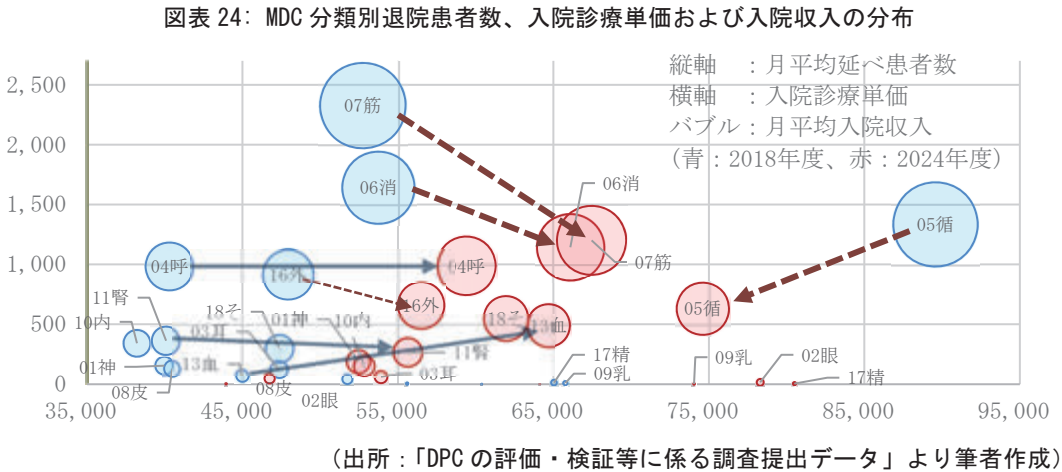
この患者数減少の要因は、「新入院患者数の継続的な減少」と「平均在院日数の短縮」という二つの側面から説明できる。特に、新入院患者数がコロナ禍後も回復せず、減少傾向にあることは、A病院の集患力が地域における相対的な競争の中で低下している可能性を示唆している。

一方で、1日あたりの診療単価は上昇傾向にある。これは在院日数短縮による診療密度上昇等の経営努力を反映したものであるが、患者数減少による減収効果が単価上昇による増収効果を上回り、結果として入院収入は2018年度の57.7億円から2024年度には48.8億円へと、約15%減少している。

以上の分析から、A病院の最重要経営課題は、診療単価の上昇という「単価改善努力」だけでは吸収しきれない、構造的な「患者数減少」にあると結論づけられる。A病院のポジショニング戦略は、この根本課題、すなわち「いかにして、自院の強みを活かせる患者を新たに獲得し、持続可能な患者数を確保するか」という問いに答えるものでなくてはならない。

3-3-6. 退院患者の疾患校正の変化とその示唆

A 病院の過去 7 年間（2018-2024 年度）にわたる疾患別退院患者数の推移を分析すると、病院全体の患者数がコロナ禍を経て減少傾向にある中で、その内実が劇的に変化していることがわかる（図表 24）。



この分析から浮かび上がる最も重要な点は、A 病院が経験している大規模な構造転換だ。かつて主要分野であった循環器（05）の患者数が一貫して減少傾向を示す一方で、呼吸器（04）、血液（13）の 2 分野は著しい増加を見せている。この大規模な変動の中、消化器（06）および筋骨格（07）は常に構成比の約 4 割を占める最大の診療領域として、安定した患者数を維持し、病院経営の基盤であり続けている。

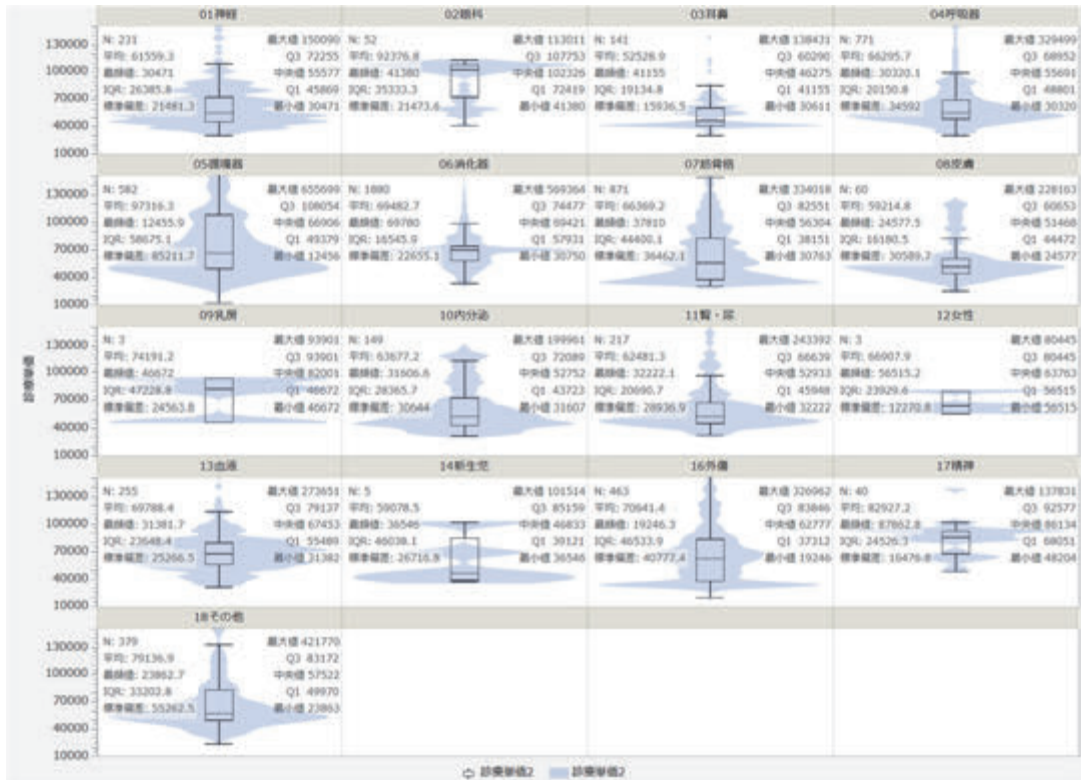
3-3-7. 入院診療単価から見る疾患領域の役割と課題

A 病院の入院収益構造の特性を明らかにするため、2024 年度の DPC データに基づき、MDC 分類別の 1 日あたり入院診療単価の分布を分析する（図表 25）。

まず、消化器系、筋骨格系、呼吸器系の 3 領域は、多くの患者を受け入れ、安定した診療活動を行うことで、現在の A 病院の経営を支える中核事業群として機能している。これらの領域は、日々の病床稼働率を維持し、病院全体の固定費をカバーするという、極めて重要な役割を担っている。

さらに、血液系疾患は、1 日あたり診療単価が院内で最も高い水準にあり、専門性の高い治療を提供できる臨床能力を有している。これは、将来の収益の柱となり得る、磨くべき潜在的な成長事業であると言える。

図表 25: MDC 分類別入院診療単価の分布 (2024 年度)



(出所:「DPC の評価・検証等に係る調査提出データ」より筆者作成)

一方で、A 病院は循環器系と眼科の領域において、有する経営資源や市場機会を、十分に診療実績に結びつけられていないという、深刻な経営課題を抱えている。

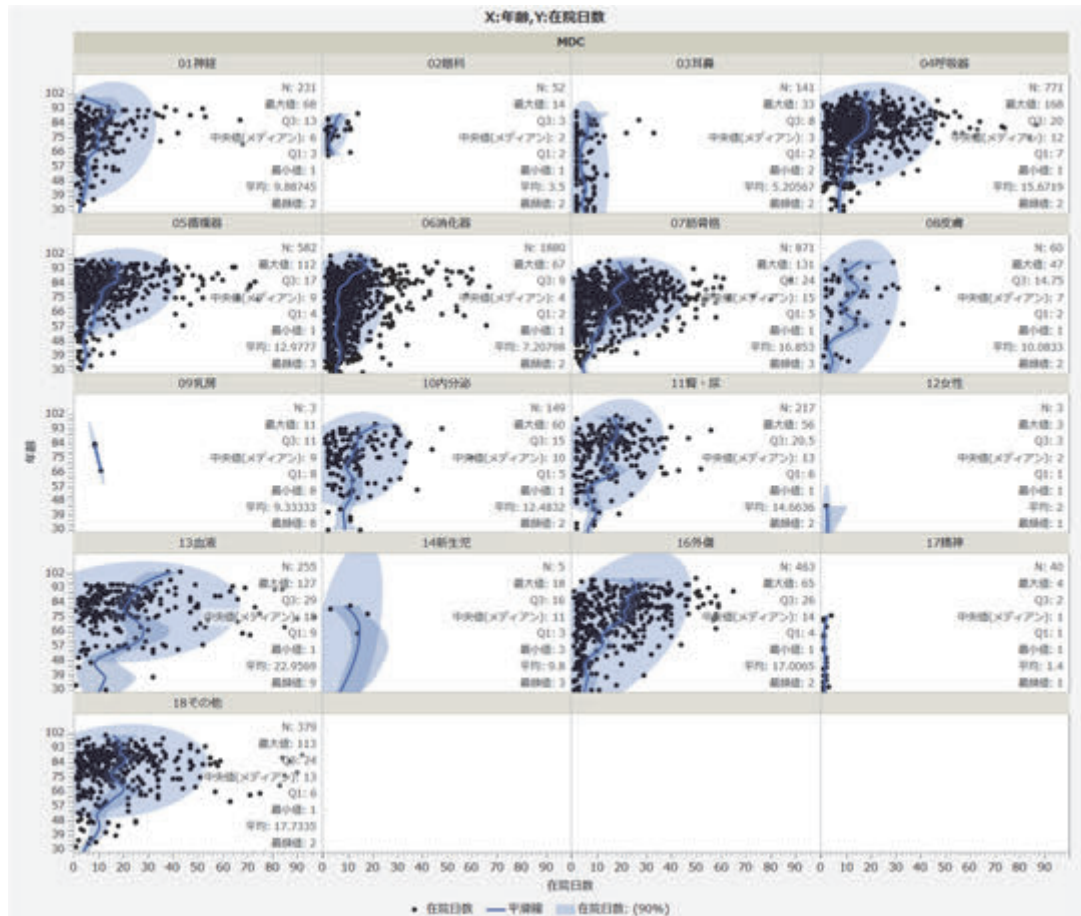
循環器系の 1 日あたり診療単価は院内でトップクラスであり、これは高額な医療材料を扱う高度な治療を提供できる、優れた臨床能力が存在することを示している。しかしながら、その高い専門性が患者数の獲得に比例しておらず、収益ポテンシャルが十分に発揮されているとは言い難い状況にある。

眼科は高齢化に伴い白内障手術などの市場需要は確実に増加しており、外部環境としては明確な事業機会が存在する。にもかかわらず、市場の成長性に対して院内の診療活動レベルが追い付いておらず、地域の需要を取りこぼしている可能性が高い。

3-3-8. 高齢者中心の患者構成と一部疾患における在院日数の長期化

図表 26 は、A 病院の入院患者について、年齢と在院日数の分布を MDC 分類別に示した散布図である。この図からは、二つの重要な経営課題が浮かび上がる。

図表 26：MDC 分類別入院患者の年齢と在院日数の分布（2024 年度）



（出所：「DPC の評価・検証等に係る調査提出データ」より筆者作成）

第一に、患者層が後期高齢者に著しく偏っている点である。プロットの分布は75歳以上のゾーンに非常に密であり、A 病院が主として高齢者医療、特に高齢者救急を担っている実態を裏付けている。

第二に、一部の疾患群における在院日数の長期化である。多くの患者は急性期病院として妥当な期間内に退院している一方で、在院日数が100日を大幅に超える、いわゆる「ロングステイヤー」が散見される。これらの長期入院患者をMDC分類で特定すると、特にMDC04（呼吸器系疾患）、MDC08（筋骨格系の疾患）、そしてMDC16（血液・造血管等の疾患）において顕著であることが見て取れる。

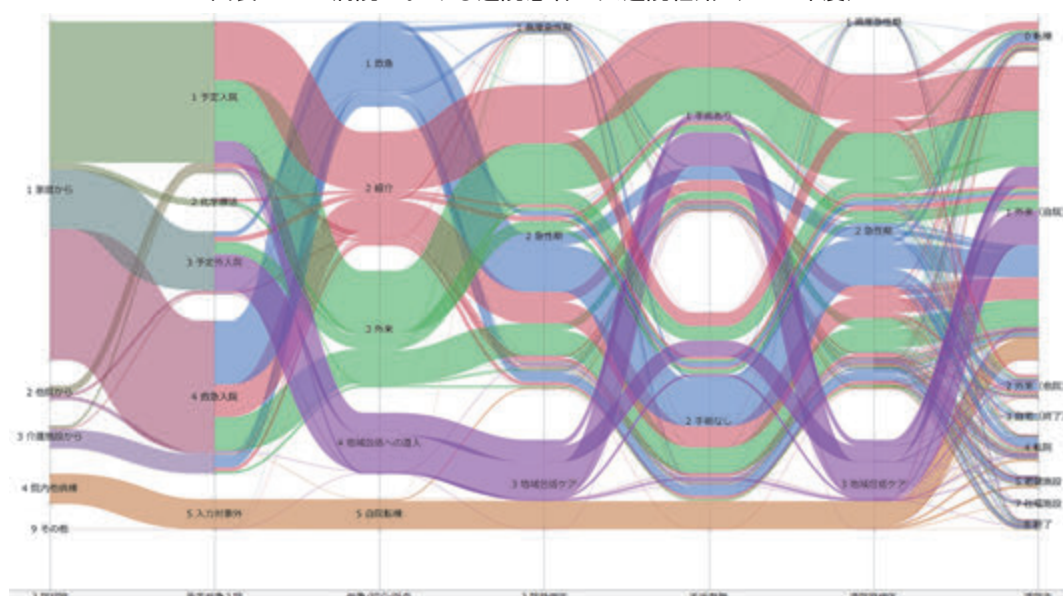
これは、重度の肺炎や、骨折後のリハビリテーションの遅れ、あるいは治療に時間を要する血液疾患など、特定の疾患を持つ高齢患者が、退院先が見つからずに病床を

長期にわたり占有している可能性を示唆している。これらの特定疾患群に対して、より早期から退院調整や後方連携を強化することが、病院全体の経営効率を改善する上で不可欠な施策であると考えられる。

3-3-9. 患者フロー分析から見る前方・後方連携の課題

A 病院の入院患者は地域の中でどこからどのようにして入院し、どの病床からどこへ退院するのかを明らかにするため、DPC データを用いて患者の入院から退院までの流れ（患者フロー）をパラレルプロットで解析した（図表 27）。

図表 27: A 病院における退院患者の入退院経路（2024 年度）



（出所：「DPC の評価・検証等に係る調査提出データ」より筆者作成）

この図表から、A 病院の患者フローに関する 3 つの重要な特徴が読み取れる。

第一に、地域の診療所や他院からの「紹介」による入院経路が細く、予定入院の割合が低いことがわかる。これは、地域における前方連携、すなわち他の医療機関との協力・分業関係が十分に構築できていないという経営上の課題を示している可能性がある。地域の医療機関からの紹介が少ないということは、特定の専門領域における「頼られる存在」としてのポジショニングが弱いことを意味しかねない。

第二に、院内における病棟機能の分化である。救急や紹介で入院した患者の多くは、まず急性期一般病棟で治療を受けている。その一部が、手術や投薬治療等を経て院内

の地域包括ケア病棟へ転棟し、在宅復帰に向けた準備を行っていることがわかる。これは、施設基準で定められた一定割合を直入で受け入れながらも、院内で急性期から回復期までの一貫したケア（院内 PFM）がある程度機能していることを示唆している。

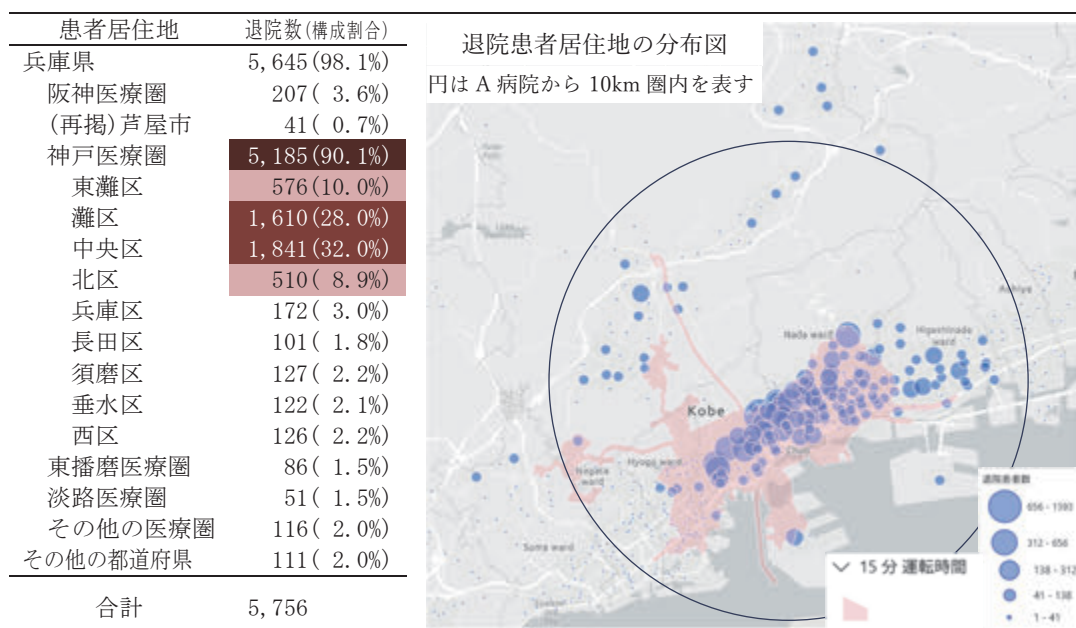
第三に、退院先が自宅ではない患者が一定数いることである。大半が「自宅」へ退院しており、急性期病院として患者を治療し、地域に帰すという基本的な役割は果たしている。しかし、「救急車」経由で入院した患者の一部が「転院」や「施設」へ移行していることも見て取れる。これは、高齢者救急の受け入れ後、必ずしも院内で治療を完結できず、リハビリテーションや療養を目的とした後方連携先へ繋いでいる実態を示している。

A 病院は、紹介患者の獲得という安定的な収益基盤の構築が今後の課題である。また、院内で完結できない患者を円滑に後方連携先へ繋ぐための、出口戦略の重要性も浮き彫りになっている。

3-3-10. 診療圏分析から見る市場浸透度と競合の壁

退院患者の居住地を市区町村別に集計し、居住地を地図上にプロットした（図表 28）。以下にその分析結果を示す。

図表 28: A 病院を退院した患者の居住地分布（2024 年度、単位：人）



（出所：「DPC の評価・検証等に係る調査提出データ」より筆者作成）

2024 年度の退院患者のうち、90.1%が神戸市内在住であり、その中でも中央区 (32.0%) と灘区 (28.0%) の 2 区で全体の 60%を占める結果となった。次いで、東灘区 (10.0%)、兵庫区 (8.9%) が続いており、これら隣接区が A 病院の中核診療圏を形成している。

この構成比は過去数年間にわたり安定しており、地理的近接性や交通アクセスの良さが患者の病院選択に強く影響していることを示唆している。実際、主要な患者集積地は、半径 10km 圏内および自動車での 15 分圏内にほぼ収まっており、A 病院の診療圏が地理的に限定されていることが可視化された。

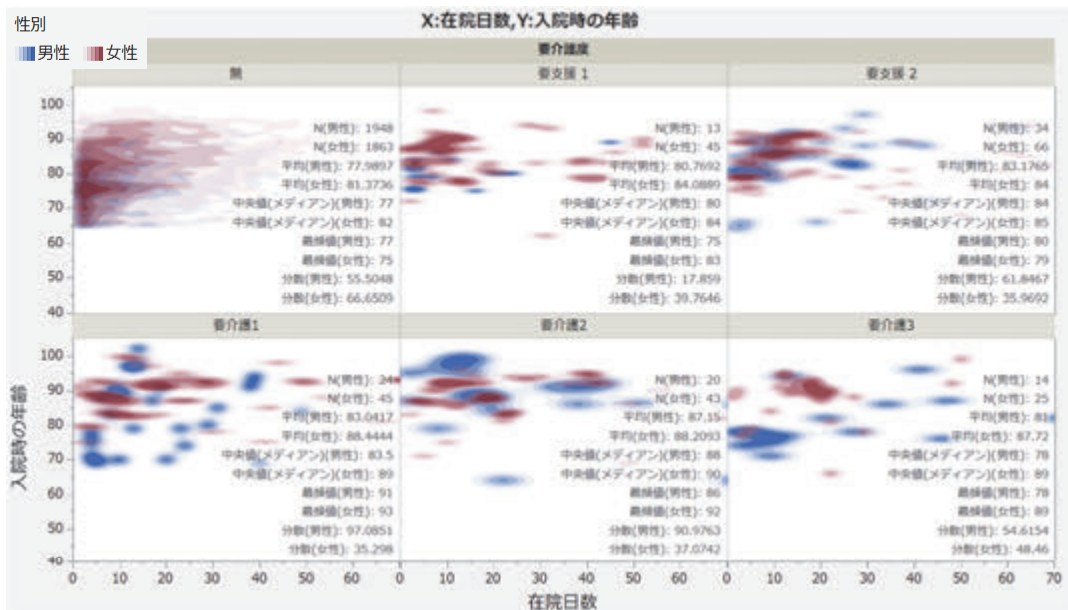
一方で、同じ 10km 圏内であっても、兵庫区以西や芦屋市以东は患者数が急減する。これは、A 病院の近隣に位置しながらも、その地域内の医療機関で医療需要が充足されており、A 病院が選ばれる可能性が低いことを示している可能性がある。

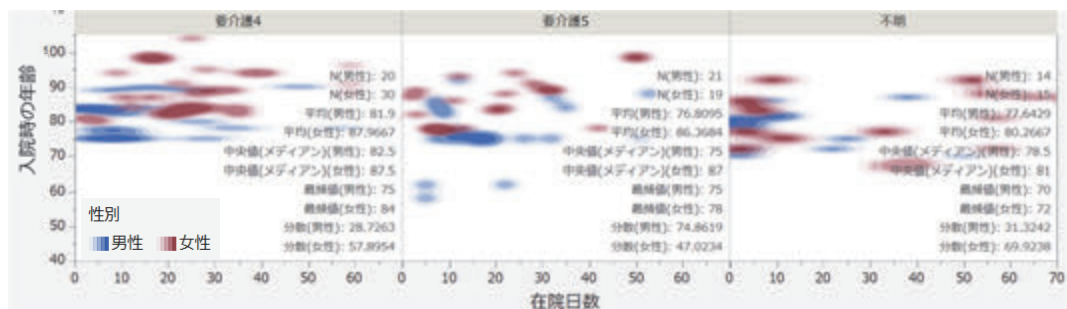
また、神戸医療圏外からの入院患者も約 10%存在しており、これは A 病院の専門性や評判、職員・関係者・OB 医師からの紹介、口コミ、病院ウェブサイト等を通じて、地理的制約を超えて指名受診する患者が一定数存在することを示唆している。

3-3-11. 患者属性と在院日数から見るケアモデルの二重構造

A 病院の患者構造とケア提供の実態を明らかにするため、患者属性と在院日数の関係性を分析する (図表 29)。

図表 29: A 病院退院患者の性・年齢・介護認定区分別在院日数の分布 (2024 年度実績)





(出所:「DPC の評価・検証等に係る調査提出データ」より筆者作成)

この分析から、A 病院が「短期急性期ケアモデル」と「長期包括ケアモデル」という、性質の異なる 2 つのケアモデルを同時に運営していることが明らかになる。

患者の大多数を占める要介護認定のない層は、在院日数が短く、効率的な急性期治療が行われていることを示している。一方で、患者数では少数派である要介護認定を受けている高齢者層、特に女性は、在院日数が著しく長期化しており、A 病院のベッド資源の多くを占有している。

この事実は、A 病院のポジショニング戦略を考える上で、重要な示唆を与える。すなわち、A 病院の経営効率と医療の質を向上させるためには、この長期入院となりがちな要介護高齢者に対し、いかに効果的なリハビリテーションと退院支援を行い、スムーズな在宅・施設復帰を実現できるかが、最重要課題となる。

この「ケアモデルの二重構造」を認識し、特に長期入院患者へのアプローチを最適化することこそが、次章で論じる具体的な戦略立案の出発点となる。

3-4. クロス SWOT 分析から導かれる戦略の方向性

前節までの分析を踏まえ、A 病院が取るべき戦略を導出するため、クロス SWOT 分析 (Weirich, 1982) を実施する。分析の前提として、神戸医療圏の競合病院も同等の機能・医療レベルを有しており、医療サービスの均質化が進んでいる。そのため、A 病院が持つ二次救急機能や在宅復帰支援といった能力は、現時点では他院を圧倒するような絶対的な「強み」として認識しにくい。したがって、本分析はこの「差別化が困難な市場」でいかにして独自の価値を創造するかという問いに答えることを目的とする。

結果を図表 30 に示し、以下詳述する。

(1) 弱点克服戦略 (WO 戦略: 弱み × 機会)

明確な強みで差別化を図ることが難しい以上、A 病院が生き残るための最優先課題

は、弱みの克服である。特に「紹介入院が少ない」という弱点は、経営の安定性を根底から揺るがす。幸い、外部環境には「地域包括ケアシステムの推進」という連携ニーズの増大という好機が存在する。この機会を最大限に活用し、経営資源を地域連携機能の強化に集中投下すべきである。地域の医療・介護機関との関係性をゼロから構築し、「連携のしやすさ」や「対応の丁寧さ」といった、模倣されにくい「関係性の質」で選ばれる病院を目指すことが、競争優位を築く第一歩となる。

(2) ニッチ戦略 (ST 戦略: 標準機能 × 脅威)

A 病院が持つ二次救急機能などの標準的な機能を、「競合病院の多数存在」という脅威の中でどう活かすか。それは、競合との正面からの消耗戦を避け、独自のポジション (ニッチ) を確立することである。A 病院が日常的に対応している高齢者救急は、手間がかかるため競合が必ずしも注力したがない領域でもある。この、需要は大きいが敬遠されがちな「高齢者医療・ケア」の領域で、地域に不可欠な存在としての専門性を示すことが、差別化に繋がる。

図表 30: クロス SWOT 分析

		外部環境分析	
		機会 (Opportunity)	脅威 (Threat)
		・高齢者救急需要の増大 ・地域包括ケア需要の深化 (特に灘区) ・地域医療構想が示す回復期病床の不足 ・医療 DX の進展による業務効率化の可能性 ・紹介・逆紹介による機能分化の要請	・3次救急病院・2次救急病院との熾烈な競争 ・地域における急性期病床の過剰 ・患者の受療行動減少 ・診療報酬改定による在院日数短縮圧力 ・人件費・物価高騰と将来的な市場縮小
内部環境分析	強み (Strength)	積極的攻撃	差別化
	・急性期と地域包括ケアのケアミックス機能 ・地域医療支援病院としての地域からの信頼 ・整形外科、消化器内科、呼吸器内科、血液領域における高い専門性と収益力 ・高い在宅復帰率 ・勤労者医療による現役世代の集患	・ケアミックス機能を活用し、高齢者救急の入口から在宅復帰の出口までを担う「高齢者ケアモデル」を確立 ・需要が逼迫する回復期機能を強化 ・強みである整形外科 (手外科、脊椎脊髄、関節等)、消化器 (がん治療等)、呼吸器 (肺炎等) を、高齢者医療の戦略的ピラーと位置づけ、専門性をさらに強化する。	・大規模病院との直接競合を避け、急性期機能の「選択と集中」を推進。 ・地域包括ケア病棟を後方受け入れのハブとし、競合病院から下り搬送を受け入れる等の機能分化・連携 (アライアンス) を構築 ・勤労者医療を通じて、現役世代から未病、生活習慣病の分野で将来の需要を囲い込む。
	弱み (Weakness)	段階的整備	専守防衛/撤退
	・低い病床利用率 ・構造的な入院・外来患者数の減少と集患力の低下 ・紹介入院患者の割合が低い ・循環器領域、眼科領域など特定診療科の不振 ・麻酔科医の未充足 ・特定疾患群 (呼吸器、筋骨格、血液) における在院日数の長期化	・地域連携室を抜本的に強化し、近隣の診療所やクリニックへの営業活動を通じて、紹介患者の獲得を目指す。 ・在院日数長期化の原因となっている疾患群に対し、早期から後方連携病院や介護施設と連携し、円滑な退院支援 (出口戦略) を構築する。 ・医療 DX を積極的に導入し、タスクシフト/シェアを推進 ・常勤麻酔科医の確保による手術件数の増を図る。 ・産業医活動推進による集患を図る。	・競合との消耗戦を避けるため、前方連携を強化し、安定的な患者紹介ルートを確認することで経営基盤を安定させる。 ・競合優位性を確立できず、将来の市場縮小が見込まれる循環器領域等については、経営資源の配分を見直し、事業規模の縮小や機能転換を検討 ・医師の働き方改革やコスト増に対応するため、診療体制や業務プロセスを抜本的に見直し、非効率な部分を徹底的に合理化する。

(出所: 筆者作成)

(3) 機能転換戦略 (SO 戦略：標準機能 × 機会)

A 病院の標準的な機能を、「高齢者救急需要の増大」という機会にどう結びつけるか。これは、単にこれまで通り救急を受け入れるのではなく、WO 戦略で構築する地域連携を前提として、自院の機能を「高齢者ケアに強い病院」へと転換・専門化させていくことを意味する。地域の診療所や介護施設からの、高齢者に関するあらゆる相談に応えることで、標準的な機能であっても、特定のターゲット（高齢者）にとっては「価値ある専門機能」へと昇華させることができる。

(4) リスク管理戦略 (WT 戦略：弱み × 脅威)

差別化が困難な市場において、弱みを放置することは致命的である。「競合」がひしめく中で、「紹介ルートが脆弱」なままでは、経営は常に不安定である。前方連携の強化は、もはや成長戦略ではなく、存続をかけたリスク管理そのものである。また、「在院日数の長期化」は、「診療報酬改定」の度に経営を圧迫する。院内プロセスの標準化と効率化は、外部環境の変化に対応するための最低限の責務である。

以上の分析から、A 病院が進むべき道は、コモディティ化した市場での体力勝負を挑むのではなく、自院の機能を「高齢者医療・ケア」という領域に再定義・集中させ、「連携」という無形の資産を築くことで、独自のポジションを確立していくことであると結論付けられる。

3-5. VRIO 分析：活用されていない競争優位の特定

前節のクロス SWOT 分析では、A 病院が進むべき道は、コモディティ化した市場で独自のポジションを築くことであると結論付けた。本節では、そのポジションを支える競争優位の源泉が A 病院の内部に存在しているのかを、VRIO 分析のフレームワーク (Barney, 1991) を用いてさらに深く探求する。

分析対象とするのは、特定の数値で測れる「強み」ではなく、これまでの分析で示唆されてきた「手間のかかる高齢者救急を、断らずに受け入れ続ける組織文化と現場の対応力」という、目に見えにくい無形の経営資源である。

経済的価値 (Value) の評価としてのこの組織的対応力は、神戸医療圏における高齢者救急需要の増大という外部の「機会」を捉え、地域医療に貢献するという明確な価値を生み出している。したがって、「価値は有り (○)」と評価できる。

希少性 (Rarity) の評価としては、地域の多くの競合病院が、より収益性の高い専門分野に注力する中で、多疾患併存など複雑で手間のかかる高齢者救急へ対応し続ける組織は、決してありふれた存在ではない。その「いとわず受け入れる姿勢」自体が

希少であり、「希少性は有り（○）」と評価できる。

模倣困難性（Imitability）の評価として、この対応力は、特定の高額な医療機器によるものではなく、長年の経験を通じて培われた医師や看護師の判断力、多職種連携のノウハウ、そして「地域を支える」という使命感に根差した組織風土の賜物である。このような歴史的背景や組織文化に深く埋め込まれた能力を、競合が短期間で模倣することは極めて困難である。よって、「模倣困難性は高い（○）」と評価できる。

組織（Organization）の評価として、A 病院は、この価値があり、希少で、模倣困難な能力を戦略的に活用するための「組織」体制が不足している。特に事務職の配置が不足しており、担当者や職種間の情報共有が十分にされていない。この能力を前方連携の強化（紹介患者獲得）や、地域へのブランディングに結びつける仕組みが構築されておらず、十分に活用されていない状態となっているのである。したがって、「組織は不十分（×）」と評価せざるを得ない。

以上の VRIO 分析から、A 病院は「持続的競争優位のポテンシャルを秘めながらも、それが十分に活用されていない」という、非常にもどかしい経営状態にあることが理論的に裏付けられた。A 病院が持つ無形の資産は、現時点では経営上の優位性をもたらしていない。

4. 考察

本章では、第 3 章で行った外部環境分析、内部環境分析、クロス SWOT 分析、そして VRIO 分析の結果を統合的に解釈する。A 病院が置かれている「競合も同等の機能・医療レベルであるがゆえ、強みとして認識しにくい」というコモディティ化（均質化）した市場環境の本質を解き明かす。その上で、A 病院が持つ「活用されていない競争優位」をいかにして覚醒させ、「持続的な競争優位」へと昇華させるかという観点から、A 病院が取るべき具体的な戦略的ポジショニングと、それを実現するための戦術について提言する。

4-1. A 病院の戦略的課題の本質：コモディティ市場での生存競争

本研究の分析から浮かび上がった A 病院の姿は、神戸医療圏という競争の激しい市場において、明確な強みを持たず、競合との差別化に苦慮する典型的な中規模ケアミックス病院の姿である。救急医療や在宅復帰支援といった機能は、地域医療を支える上で不可欠な役割を果たしているものの、それらは競合病院も同等レベルで提供して

おり、市場のコモディティ化が進んだ結果、患者や地域の連携機関から「選ばれる明確な理由」を見出しにくくしている。

この差別化の困難さが、A 病院が抱える構造的な経営課題の根源にある。すなわち、「紹介ルートの脆弱性」と「救急医療への過度な依存」である。前方連携、すなわち地域の診療所やクリニックとの関係が十分でなく、安定的な収益基盤となる予定入院患者を十分に獲得できていない。その結果、経営を予定外の救急患者に依存せざるを得ず、収益は常に不安定な状態に置かれている。さらに、MDC 分析で明らかになった特定疾患群における在院日数の長期化は、「出口戦略（後方連携）」の非効率性を示唆しており、院内資源（病床）の回転率を悪化させる一因となっている。これらは、コモディティ化した市場で多くの病院が陥る、典型的な消耗戦の構図である。

4-2. VRIO 分析から見える競争優位の源泉

では、A 病院に打つ手は無いのか。VRIO 分析は、この問いに対して重要な示唆を与える。分析の結果、A 病院には「手間のかかる高齢者救急を、断らずに受け入れ続ける組織文化と現場の対応力」という、持続的競争優位のポテンシャルを秘めた、無形の経営資源が存在することが明らかになった。

この能力は、高齢者救急需要の増大という機会を捉える「経済的価値 (Value)」を持ち、多くの競合が敬遠しがちな領域であるため「希少性 (Rarity)」も高い。さらに、長年の経験や組織風土に根差しているため、競合による「模倣は極めて困難 (Imitability)」である。しかし、最も重要な課題は、この能力を戦略的に活用するための「組織 (Organization)」体制が決定的に不足している点にある。この価値ある能力を、紹介患者の獲得や地域へのブランディングに結びつける仕組みが十分に構築されておらず、「活用されていない競争優位」として院内に眠っているのだ。

4-3. A 病院が目指すべき戦略的ポジショニング：「高齢者救急を起点とした地域連携ハブ病院」

以上の考察に基づき、本研究では A 病院が目指すべき戦略的ポジショニングとして「高齢者救急を起点とした地域連携ハブ病院」への進化を提言する。これは、院内に眠る競争優位のポテンシャルを覚醒させ、コモディティ市場から脱却するための、最も現実的かつ効果的な戦略である。

この戦略の理論的根幹は、ローランド・T・ラストが提唱したマーケティングのパラダイムシフトにある。彼が「マーケティング再考」(Rust, 2004) で論じたように、企業

が注力すべきは、短期的な取引（トランザクション）の成立ではなく、長期的な顧客との関係性であり、その顧客生涯価値（Customer Lifetime Value）を最大化することである。この文脈において、A 病院が「顧客」として捉えるべきは、患者個人だけでなく、むしろ患者を紹介してくれる地域のクリニックや介護施設そのものである。A 病院が最大化すべきは、個々の患者から得られる短期的な収益ではなく、一つの連携機関との長期的な信頼関係から生まれる「連携生涯価値（Partnership Lifetime Value）」なのである。

このポジショニングの核心は、A 病院を単なる救急病院から、地域の医療・介護資源を繋ぐ「ハブ（結節点）」へと転換させることにある。現在の救急受け入れを、単なる治療の開始点ではなく、地域の診療所や介護施設との関係構築の「起点（トリガー）」と再定義する。救急搬送された患者の情報を、そのかかりつけ医やケアマネジャーへ丁寧にフィードバックし、退院後のケアプランを共同で策定する。この地道な連携プロセスの一つ一つが、連携機関の生涯価値を高めるための投資となる。

このアプローチは、数値や設備といった模倣されやすい有形資産で競争するのではなく、「連携のしやすさ」「顔の見える関係」という、競合が容易に模倣できない無形の資産を構築するものである。それは、競合病院との不毛な体力勝負から脱却し、地域包括ケアシステムの中で「高齢者のことなら、まず A 病院に相談しよう」と頼られる、不可欠な存在となるための生存戦略である。

4-4. 戦略的ポジショニングを具現化する具体的な戦術

前節で提言したポジショニングを確立するためには、画一的なアプローチではなく、地域特性や既存資源に応じた緻密な戦術が不可欠である。

4-4-1. 地域別マーケティング戦略

A 病院が属する神戸医療圏の各行政区の特性に応じ、エリア別の患者獲得戦略を展開する。

(1) 中央区：徹底した防衛戦略（Defensive Strategy）

病院が所在する最重要エリアの中央区では、競合からの患者流出を防ぐ防衛戦略が必須である。その成功の鍵は、単なる機能強化ではなく、地域住民の顧客ロイヤルティをいかにして構築し、深化させるかという点にある。

顧客ロイヤルティ研究の第一人者であるオリバー(1999)は、真のロイヤルティは、①「近いから」という認知的なものから、②「親切だった」という感情的なもの、③

「次も必ず行こう」という意図的なもの、そして④無意識的に選ぶ行動的なものへと、4つの段階を経て醸成されると論じた。

このフレームワークに当てはめると、現状のA病院へのロイヤルティは主に①の認知的段階に留まっており、より魅力的な競合が現れれば、住民は簡単に流出する。

したがって、A病院が中央区で取るべき防衛戦略とは、住民のロイヤルティを②感情的、③意図的段階へと引き上げることである。具体的には、院内での丁寧なコミュニケーションを通じて感情的ロイヤルティを高める。さらに、地域の「かかりつけ医」との連携を密にし、そこからの推薦を通じて意図的ロイヤルティを醸成する。

このように、顧客ロイヤルティが深化するプロセスを意識して施策を設計することで、A病院は単なる「近くて便利な病院」から、「地域住民が愛着と信頼を寄せる、かけがえのない病院」へと進化し、盤石な収益基盤を維持することが可能となる。

(2) 灘区・東灘区：積極的な市場開拓戦略 (Offensive Strategy)

隣接する灘区、そして東灘区は、A病院のブランドが及ぶ可能性のある成長市場である。これらのエリアに対しては、弱みであった前方連携を克服するための積極的な市場開拓を展開する。地域連携室のスタッフと医師が定期的に両区の診療所やクリニックを訪問し、A病院の強み（特に高齢者救急の受け入れ体制や、特定疾患における退院支援の専門性）を丁寧に説明し、紹介患者の獲得に繋げる。まずは一人の紹介患者を確実に治療し、信頼を積み重ねていく地道な活動が求められる。

(3) 北区：地理的制約を乗り越える遠隔診療戦略 (Telemedicine Strategy)

六甲山地によって物理的に隔てられている北区は、従来であれば主なターゲットとはなり得なかった。しかし、この地理的制約こそが、イノベーションの機会となる。特に、慢性呼吸器疾患や糖尿病といった、定期的かつ長期的な管理が必要な慢性期疾患の患者に対し、遠隔診療（オンライン診療）を提供する。これにより、通院負担を軽減し、新たな関係性を構築する。そして、病状が急変した際には、A病院が責任を持って救急・入院で受け入れるという「オンラインとオフラインのハイブリッドモデル」を確立する。これは、地理的障壁を乗り越え、新たな患者層を獲得する先進的な試みとなる。

(4) その他の市区：職員を起点とした内部マーケティング戦略 (Internal Marketing)

最後に、見過ごされがちな経営資源が「職員」である。西区や北区、隣接市の明石市や西宮市では、A病院に勤務する多くの職員が居住するエリアでもある。ここで有効となるのが、サービス・プロフィット・チェーンの理論 (Heskett, 1997) である。すなわち、職員満足度 (ES) の向上が、医療サービスの質を高め、ひいては患者満足

度（CS）に繋がるという考え方だ。働きやすい職場環境を整備し、職員のエンゲージメントを高めることで、職員自身が「自分の家族や友人に勧めたい病院」と感じるようになる。この職員によるポジティブな口コミ（WOM: Word of Mouth）は、いかなる広告よりも強力なマーケティングツールとなり、職員の居住エリアから新たな患者を呼び込むという、持続可能で好循環な集患モデルを構築する。

4-4-2. 既存事業の戦略的活用：勤労者医療を「生涯現役を支える目的ブランド」へ

A 病院が持つ既存の勤労者医療事業は、今後の日本の労働構造の変化を捉えることで、競争優位の源泉へと転換しうる。生産年齢人口が減少し、70 歳代まで働くことが標準となる「生涯現役社会」（有賀, 2024）の到来は、企業と従業員が片付けるべき「為すべき仕事（Jobs to be Done）」を根本的に変容させる。

クレイトン・M・クリステンセンが指摘するように、多くの企業は顧客を属性（年齢、性別、企業規模など）で分類する「セグメンテーションという悪弊」に陥っている。しかし、顧客は製品やサービスを「買う」のではなく、自らの生活における特定の「為すべき仕事」を片付けるために「雇う」のである（Christensen, 2017）。この視点に立つと、A 病院の勤労者医療が片付けるべき「仕事」は、単なる「法律で定められた産業保健活動の実施」で終わるべきではない。

企業（人事担当者）の「仕事」は、単なる労働衛生活動の実施ではない。それは「高齢になっても社員が健康で、高い生産性を維持し、長く働き続けてくれる組織を構築すること」である。優秀な人材の確保・定着が困難になる中で、従業員の健康寿命の延伸は、企業の持続可能性を左右する最重要の経営課題となる。

従業員（特に高齢労働者）の「仕事」は、「加齢に伴う健康不安（生活習慣病、がん、運動器疾患など）を管理し、仕事を続けながら、安心して人生 100 年時代を生き抜くこと」である。

この本質的な「仕事」に応えるため、A 病院は勤労者医療を、「企業の健康経営と、生涯現役を目指す従業員のウェルビーイングを、医療の力で支える」という明確な「目的ブランド」へと昇華させるべきである。

その実現の鍵を握るのが、遠隔診療を組み込んだシームレスな医療提供体制の構築だ。具体的には、以下のようなサービスモデルを企業に提案する。

- (1) 入口（オフライン）： 定期健康診断では、一般的な項目に加え、高齢労働者に特有の疾患リスク（フレイル、認知機能、運動器疾患など）を評価するプログラムを

導入する。

(2)継続的管理（オンライン）：健診で特定されたハイリスク者に対し、遠隔診療を活用した継続的な健康管理を提供する。高血圧や糖尿病といった生活習慣病の管理、睡眠時無呼吸症候群のフォローアップなどを、従業員が仕事を休むことなく、スマートフォン一つで受けられる体制を構築する。

(3)専門治療（オフライン）：病状に変化が見られたり、専門的な治療が必要になったりした際には、A病院の急性期機能が責任を持って受け皿となる。

このモデルは、企業の「健康経営」という経営課題に直接的に貢献するソリューションであり、単なる価格競争から脱却した高付加価値サービスとして提供できる。そしてA病院にとっては、これは企業の従業員を、若年期から高齢期に至るまで、生涯にわたってサポートすることを意味する。企業との強固なパートナーシップを通じて、救急医療だけに依存しない、安定的かつ長期的な患者基盤を構築する。これは、人口動態の変化という大きな時代のうねりを捉えた、持続可能な成長戦略である。

5. 結論と今後の展望

本研究は、競争の激しい神戸医療圏において、明確な競争優位を持たない中規模ケアミックス病院（A病院）が取るべき経営戦略について考察したものである。

分析の結果、A病院は競合病院との差別化が困難なコモディティ市場に置かれているが、その内部にはVRIO分析における持続的競争優位のポテンシャルを持つ、無形の経営資源が存在することを示した。それは、多くの競合が敬遠しがちな「手間のかかる高齢者救急へ対応し続ける組織文化と現場の対応力」である。この能力は、価値（Value）・希少性（Rarity）・模倣困難性（Imitability）の要件を満たす一方で、それを戦略的に活用するための組織（Organization）体制の不備により、十分に活用されていない実態も明らかになった。

以上の分析に基づき、本稿ではA病院が進むべき戦略として、この潜在的な競争優位を核とし、前方・後方連携を強化することで「高齢者救急を起点とした地域連携ハブ病院」としてのポジションを確立することを提言した。これは、単なる機能の優劣で競争するのではなく、地域のクリニックや介護施設との「連携の質」という、模倣困難な無形の価値で選ばれる存在を目指す戦略である。さらに、その戦略を具現化するため、中央区での防衛戦略、灘区・東灘区での市場開拓戦略、北区での遠隔診療戦略といった地区別のマーケティングアプローチや、生涯現役社会を見据えた勤労者医

療の戦略的活用についても併せて論じた。

本研究の実践的意義は、A 病院と同様の課題を抱える病院に、自院の内部に眠る価値を再発見し、独自の生き残り戦略を構想するための具体的なモデルケースを提示した点にある。学術的には、VRIO 分析やジョブ理論(Christensen, 2017)といった経営戦略論のフレームワークを応用し、組織文化という無形の資産に競争優位の源泉を見出す分析アプローチを提示した点が挙げられる。

一方で、本研究は A 病院という単一の事例研究であり、その知見の一般化には慎重を期す必要があるという限界を持つ。また、本稿で提示したのは戦略の「処方箋」であり、その実行プロセスの詳細や財務的な影響についての定量的な分析は、今後の課題として残されている。

今後の展望として、まず本研究で提言した戦略を A 病院が実行に移し、その成果（紹介患者数、病床稼働率、収益性の変化など）を縦断的に検証するアクションリサーチが期待される。また、本稿で提示した分析フレームワークを他の病院事例に応用し、その有効性を検証する比較研究も有益であろう。本研究が、厳しい環境下で奮闘する全国の多くの中規模病院にとって、自院の存在価値を再定義し、未来への一步を踏み出すための一助となることを切に願う。

謝辞

本稿を執筆するにあたり、兵庫県立大学大学院社会科学研究科の貝瀬徹教授、木下隆志教授に丁寧なご指導を賜りましたことに、心より感謝申し上げます。また、兵庫県立大学大学院社会科学研究科の医療・介護マネジメントコースにおいてご教授いただきました教員の皆様、そしてともに学んだ同期の皆様に感謝申し上げます。

参考文献

- [1] Barney, J. B. (1991) "Firm Resources and Sustained Competitive Advantage." *Journal of Management*, 17(1), pp. 99-120.
- [2] Christensen, C. M., Hall, T., Dillon, K., & Duncan, D. S. (2016). *Competing Against Luck: The Story of Innovation and Customer Choice*. HarperBusiness.
- [3] Heskett, J. L., Sasser Jr, W. E., & Schlesinger, L. A. (1997). *The Service Profit Chain: How Leading Companies Link Profit and Growth to Loyalty, Satisfaction, and Value*. Free Press.
- [4] Henderson, B. D. (1984). *Henderson on Corporate Strategy*. Abt Books.

- [5] Kotler, P. & Keller, K. L. (2015). *Marketing Management (15th ed.)*. Pearson Education.
- [6] Porter, M. E. (1980). *Competitive Strategy: Techniques for Analyzing Industries and Competitors*. Free Press.
- [7] Oliver, R. L. (1999). "Whence Consumer Loyalty?." *Journal of Marketing*, 63(4_suppl1), pp. 33-44.
- [8] Robert M. Grant (2021). *Contemporary Strategy Analysis*. Wiley.
- [9] Rust, R. T., Moorman, C., & Dickson, P. R. (2004). "Rethinking Marketing." *Harvard Business Review*, 82(1), pp. 94-101.
- [10] Weihrich, H. (1982). "The TOWS Matrix-A Tool for Situational Analysis." *Long Range Planning*, 15(2), pp. 54-66
- [11] 有賀徹 (2024)「人生 100 年時代における勤労者医療」『日本職業・災害医学会会誌』、第 72 巻第 4 号、pp. 75-83
- [12] 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、pp.1-31
- [13] 今村康宏 (2024)「ケアミックス病院には適切な病棟構成による院内 PFM が欠かせない」『病院』第 83 巻第 3 号、pp225-233
- [14] 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、pp.167-182
- [15] 大前 研一 (1982) 『The Mind of the Strategist: The Art of Japanese Business』 McGraw-Hill.
- [16] 岡田亮(2025)「地域連携 ICT と医療介護連携サマリーを用いた連携」『病院』第 84 巻第 1 号、pp. 50-55
- [17] 小松大介 (2021) 『病院経営の教科書【第 2 版】』 日本医事新報社
- [18] 鷺見学 (2025)「急増する高齢者救急への対応と第 8 次医療計画・地域医療構想」『病院』第 82 巻第 6 号、pp461-467
- [19] 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、pp. 83-108
- [20] ハーバード・ビジネス・レビュー編集部 (2017) 『ハーバード・ビジネス・レビュー マーケティングの教科書』 ダイヤモンド社

- [21] 藤岡丞・西崎加代子 (2024) 「特集 | 病床稼働率アップ!-PFM 導入がもたらす絶大な効果: 医療法人社団協友会-彩の国東大宮メディカルセンター-PFM 導入による周術期管理の質の向上と効果」『病院』第 83 巻第 3 号、pp204-209
- [22] 松岡佳孝 (2025) 「特集 地域連携と病院経営: 済生会熊本病院における高齢者救急の適正化のための前方連携」『病院』第 84 巻第 1 号、pp36-43
- [23] 松田晋哉 (2024) 「ケースレポート 第 58 回 地域医療構想と病院 | 地域医療構想策定における地区診断の必要性: 釧路医療圏を事例として」『病院』第 83 巻 4 号、pp 358-363.
- [24] 松田晋哉 (2025) 「特集 地域連携と病院経営 | 今後の病院経営に必要な連携の考え方」『病院』第 84 巻第 1 号、pp20-29
- [25] 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、pp203-251
- [26] 渡邊佑介 (2017) 「病院経営における地域連携室の戦略的意義」『早稲田大学商学学術院経営管理研究科プロジェクト研究論文』、pp3-31

引用ホームページ

- [1] 厚生労働省 医療情報ネット (ナビイ)
<https://www.iryuu.teikyouseido.mhlw.go.jp/zkn-web/juminkanja/S2300/initialize> (2025 年 8 月 2 日アクセス)
- [2] 厚生労働省 中央社会保険医療協議会 令和 5 年度 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/shingi2/newpage_00137.html (2025 年 7 月 11 日アクセス)
- [3] 厚生労働省近畿厚生局 保険医療機関・保険薬局の指定一覧 (全体) 及び新規指定一覧
<https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kinki/tyousa/shinkishitei.html> (2025 年 7 月 6 日アクセス)
- [4] 神戸市 人口統計
<https://www.city.kobe.lg.jp/a47946/shise/toke/toukei/jinkou/index.html>
 1 (2025 年 7 月 22 日アクセス)
- [5] 神戸市 人口動態 これまでの人口の動き (年次)
<https://www.city.kobe.lg.jp/a47946/shise/toke/toukei/jinkou/jinkouugo>

- ki/index.html (2025 年 7 月 22 日アクセス)
- [6] 神戸市 令和 6 年版消防白書
https://www.city.kobe.lg.jp/a21572/bosai/shobo/outline/organization/fs_ugoki.html (2025 年 7 月 6 日アクセス)
- [7] 小塩誠 DPC データによる患者数の二次医療圏別推計計算ツール
https://www.jahmc.or.jp/wp-content/uploads/topics/2019_compe_manual.pdf (2025 年 7 月 22 日アクセス)
- [8] 総務省統計局 人口推計 (2023 年 (令和 5 年) 10 月 1 日現在)
<https://www.stat.go.jp/data/jinsui/2023np/index.html> (2025 年 7 月 6 日アクセス)
- [9] 日本医師会 地域医療情報システム
<https://jmap.jp/> (2025 年 7 月 22 日アクセス)
- [10] 兵庫県 兵庫県地域医療構想「法令及び国提供推計ツールを用いた将来の病床数推計」
<https://web.pref.hyogo.lg.jp/kf15/documents/kousou3.pdf> (2025 年 7 月 11 日アクセス)
- [11] 兵庫県 兵庫県における健康寿命の算定結果
<https://web.pref.hyogo.lg.jp/kf17/kenkoujyumyousantei.html> (2025 年 7 月 22 日アクセス)
- [12] 兵庫県 病床機能報告 (令和 5 年度) 神戸圏域
<https://web.pref.hyogo.lg.jp/kf15/byousyokinouhoukoku/r5/r5byousyokinouhoukoku01kobe.html> (2025 年 4 月 30 日アクセス)
- [13] 地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター 東京の高齢者における慢性疾患の併存パターン
https://www.tmgig.jp/research/release/cms_upload/relese20190201.pdf
(2025 年 7 月 6 日アクセス)
- [14] 内閣府 令和 7 年版高齢社会白書
https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2025/zenbun/07pdf_index.html (2025 年 7 月 6 日アクセス)