地域高齢者医療を中心とする民間中小規模A病院における急性期43床の有益な運用展開についての探索

足達　尚美

キーワード：地域高齢者医療、ケアミックス病院、病床機能再編、病院経営戦略

１．はじめに

日本では、諸外国に例をみない速度で高齢化が進行している。団塊の世代が75歳以上となる2025年を見据え、各地域の状況に応じた地域包括ケアシステムの構築・推進が進められてきた。

新たな地域医療構想策定ガイドラインでは、2040年に向けた課題として、全国的に生産年齢人口は減少する一方、医療・介護の複合ニーズを有する 85 歳以上人口が増加することが示されている。また、65歳以上の高齢者人口については、増加する地域と減少する地域にわかれるなど地域差が拡大し、それに伴い医療・介護サービス需要にも地域差が生じることが示されている。こうした人口構造や地域ごとの状況の変化に対応するため、地域軸・時間軸を踏まえたサービス提供体制を確保することが、2040年に向けた医療・介護提供体制を検討するうえでの基本的な考え方の１つとして挙げられている。

2026年度診療報酬改定では、限りある医療資源を最適化・効率化し、「治す医療」と「治し、支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、高齢者がQOLの維持・向上を目標として、住み慣れた地域で人生の最後まで自分らしい暮らしを続けることができる「地域完結型」の医療・介護の仕組みを構築する基本方針が策定されている。

また、2040年の人口構成や医療需要等を見据えて、構想区域の設定、療養・一般病床に関する将来の医療機関機能の見通し、機能の分化及び連携の推進等について、国ガイドラインを参考に引き続き必要な検討を行うことが掲げられている。さらに、患

者数が減少する地域では、政策医療を含め病院の統合・再編が不可欠であり、地域医療連携推進法人の活用の可能性なども踏まえた「医療の撤退戦略」を検討する必要性が強調されている。

こうした地域医療提供体制の再編を考えるうえでは、日本の医療提供体制の特徴にも目を向ける必要がある。日本の医療提供体制は、フリーアクセス、自由開業医制、自由標榜制などを特徴としている。また、欧米諸国と比較して、日本では民間病院の割合が高く、病院数の約 80%を占めている。さらに、そのうち 90%以上が 200 床以下の中小規模病院である。このような状況を踏まえると、将来の人口構造の変化に対応した医療提供体制の構築は、地域全体の医療機能の再編だけでなく、民間中小規模病院が今後どのような役割を担い、持続可能な病院経営を実現していくかという課題にも関わるものと考えられる。

２．研究の目的

A 病院が位置する京都市の 2040 年に向けた「人口構造」の将来推計によると、85 歳以上の人口は約２倍に増加する。一方、生産年齢人口は約２割減少すると予測されており、京都市では今後も高齢化の進展が見込まれる。このような人口構造の変化を踏まえると、今後は医療機関の「治し、支える医療」の役割が一層重要になると考えられる。

また、京都府の 2025 年度を目標とした京都府地域包括ケア構想において求められていた病床機能割合（国推計）は、高度急性期 11%、急性期 32%、回復期 28%、慢性期 29%であった。しかし、2021 年度の病床機能報告等によると、回復期病床は依然として不足しており、病床機能の再編は十分に進んでいない。

以上の背景を踏まえ、本研究では、民間中小規模ケアミックス病院である A 病院を対象として、外部環境、内部環境および財務状況を分析し、地域医療需要と経営効率の両面から、急性期病床 43 床の今後の病床機能再編の方向性について検討することを目的とした。

３．研究対象の概要

A 病院は京都・乙訓医療圏に位置し、1937 年に個人医院として開設された。1955 年に有床病院へと発展し、B 医療機関連合会へ加盟した。その後、施設の増改築や病

院名の変更を経て、2026 年６月までは 165 床（急性期一般病床 43 床、回復期リハビリテーション病床 51 床、地域包括ケア病床 50 床、緩和ケア病床 21 床）を有するケアミックス病院として地域医療を担っていた。なお、急性期一般病床 43 床は、2026 年７月に地域包括ケア病床へ機能転換された。

A 病院は、これらの病床機能に加えて往診センターを併設し、在宅医療にも取り組んでおり、高齢者の急性期から回復期、慢性期、終末期まで、段階に応じた切れ目のない医療を提供している。

主な標榜診療科は、循環器内科、呼吸器内科、神経内科、消化器内科および腎臓内科であり、内科系診療を中心としている。

A 病院は、「無差別・平等の医療と福祉の実現」を綱領に掲げ、差額ベッド料を徴収しないなど、誰もが安心して医療を受けられる環境づくりに取り組んでいる。また、地域住民が安心して暮らし続けられるまちづくりを基本理念としている。

４．研究の方法

本研究では、A 病院における急性期病床 43 床の今後の病床機能再編の方向性を検討するため、外部環境分析、内部環境分析、財務分析および病床再編モデルによる収支シミュレーションを実施した。外部環境分析では、人口動態、医療・介護需要および競合病院との比較分析を行い、内部環境分析では救急応需率、入院患者構成および急性期一般病棟の運営状況を評価した。財務分析では、過去６年間の財務諸表を用いて収益性、安全性、機能性および生産性を評価した。さらに、病床再編モデルによる収支シミュレーションでは、地域医療需要および経営上の課題を踏まえて病床再編モデルを設定し、複数の病床構成について収支を比較・検討した。最後に、各分析から得られた結果を基に SWOT 分析およびクロス SWOT 分析を実施し、経営戦略を検討した。

５．倫理的配慮

本研究は、兵庫県立大学大学院社会科学研究科研究倫理審査委員会（承認番号：2026-0001）および A 病院倫理委員会（承認番号：2026-022502）の承認を得た上で実施した。

６．外部環境分析

6-1. 医療圏の将来推計人口と医療介護需要予測

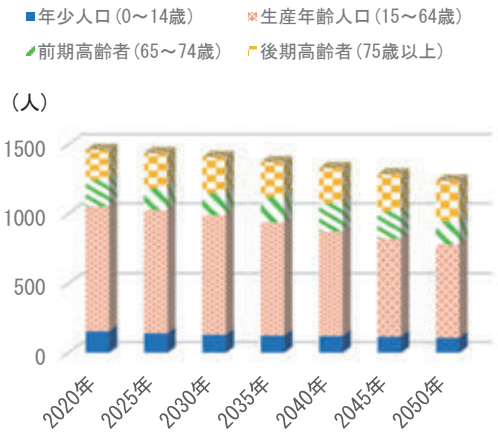

図１：京都市将来推計人口

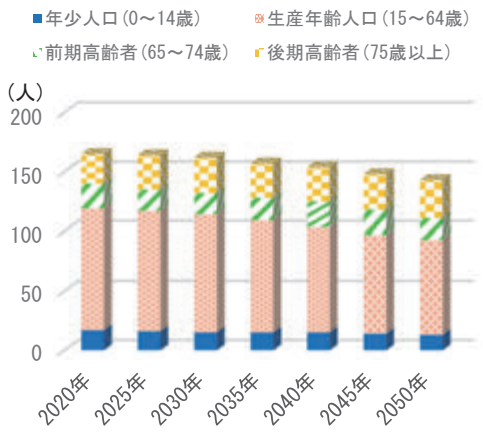

図２：京都市左京区将来推計人口

（出所：京都市統計ポータルを基に著者作成）

図１は京都市全体、図２はＡ病院の位置する京都市左京区の将来推計人口を示す。いずれも 2050 年に向けて総人口は減少すると推計されており、2020 年を 100％とした 2050 年の総人口指数は、京都市全体で 84.8％、京都市左京区で 86.4％となる見込みである。一方、後期高齢者人口の割合は、緩やかに増加すると推計されている。

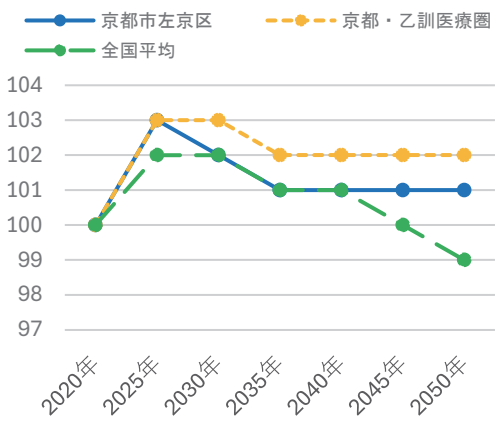

図３：医療需要予測指数

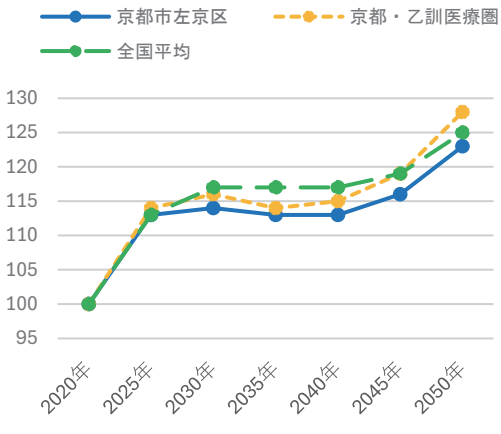

図４：介護需要予測指数

（出所：地域医療情報システムを基に著者作成）

図３および図４に、医療需要予測指数および介護需要予測指数の推移を示す。医療需要予測指数は、京都・乙訓医療圏では 2030 年頃、京都市左京区では 2025 年頃をピークに減少傾向に転じるものの、その後も一定の水準が維持されると推計されている。

一方、介護需要予測指数は、京都・乙訓医療圏および京都市左京区のいずれにおいても、2020 年以降、全国平均と同様に上昇傾向を示すと推計されている。また、図３および図４を比較すると、介護需要予測指数は、医療需要予測指数を上回って推移すると推計されている。

6-2. 京都市左京区における推計患者推移

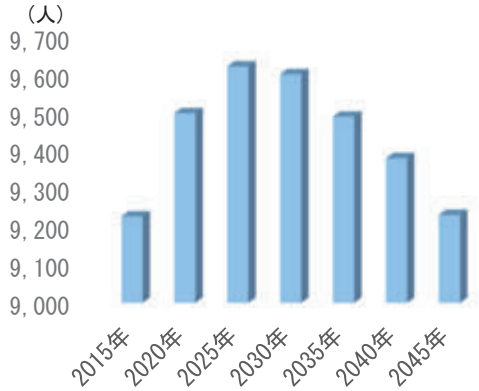

図５：京都市左京区１日あたりの推計外来患者数

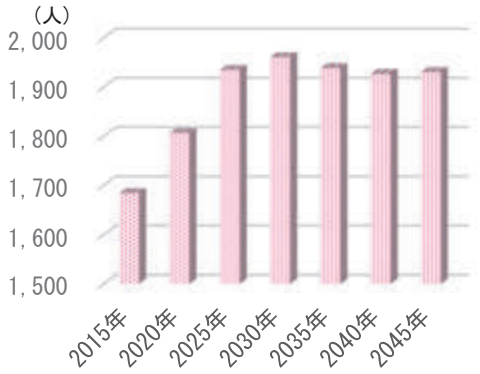

図６：京都市左京区１日あたりの推計入院患者数

（出所：医療介護データ研究所「患者数の推移」を基に著者作成）

図５および図６に、A 病院が位置する地域における１日あたりの推計外来患者数および推計入院患者数の推移を示す。１日あたりの推計外来患者数は、2025 年をピークに減少傾向に転じると推計されている。一方、１日あたりの推計入院患者数は、2030 年頃まで増加し、その後は緩やかに減少するものの、引き続き一定の水準で推移すると推計されている。

6-3. ICD-10 分類別患者数の予測

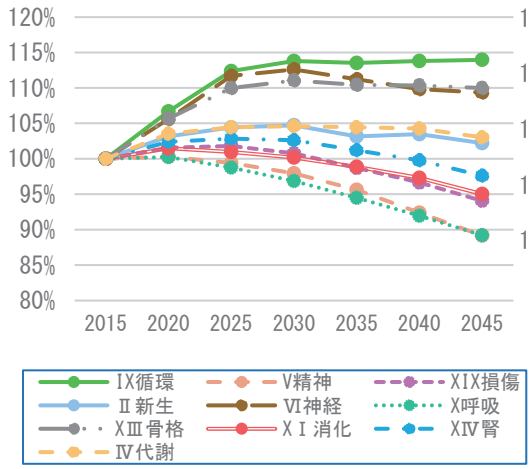

図 7：疾患別 1 日あたりの外来患者数の推移
(2015 年=100%)

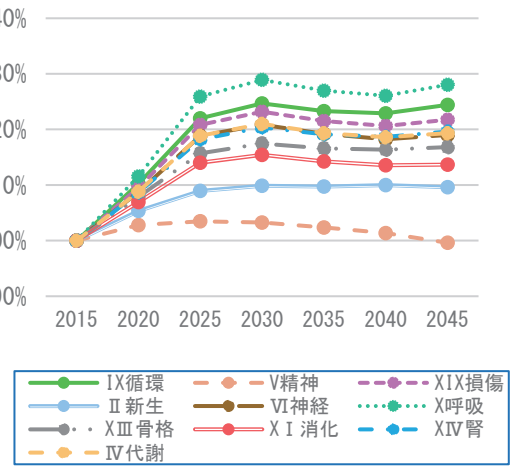

図 8：疾患別 1 日あたりの入院患者数の推移
(2015 年=100%)

(出所：医療介護データ研究所作成「患者数の推移」を基に著者作成)

京都・乙訓医療圏における International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems（以下「ICD」という。）分類別患者数の推計に基づき、疾患別の医療需要を分析した。図 7 および図 8 に、疾患別 1 日あたりの推計外来患者数および推計入院患者数の推移を示す。推計外来患者数では、循環器系疾患（ICD-９：Ⅸ）は 2045 年まで高い水準で推移すると推計された。一方、推計入院患者数では、呼吸器系疾患（ICD-10：Ⅹ）、循環器系疾患（ICD-９：Ⅸ）が高い水準で推移すると推計された。

6-4. 地域包括ケア構想

表 1：京都・乙訓医療圏における医療需要に対する必要病床数　（2025 年推計、単位：床）

病床機能報告	高度急性期機能	急性期機能	回復期機能	慢性期機能	休棟・無回答	計
2015年病床機能報告	4,634	7,195	1,494	6,496	0	19,819
2024年病床機能報告	3,344	6,537	3,178	3,745	570	17,374
2025年必要病床数	2,487	6,865	6,005	5,926		21,283
差引(2025-2024)	857	▲ 328	▲ 2,827	▲ 2,181	570	▲ 3,909

(出所：京都市地域医療構想調整会議「京都府地域包括ケア構想(地域医療ビジョン)の振り返りについて」（令和８年３月２日）を基に著者作成)

2024 年の病床機能報告によると、京都・乙訓医療圏の病床機能別病床数では、高度急性期および急性期病床が減少し、回復期病床が増加するなど、病床機能の転換が進みつつあることが示された。一方、回復期機能および慢性期機能の病床数は、2025 年の必要病床数に対して依然として不足していた。

6-5. A 病院と近隣 B 病院との比較

6-5-1. 病床機能

A 病院から約 1.6km の位置に B 病院が所在する。B 病院の病床数は、A 病院とほぼ同規模であり、A 病院同様に地域医療を担うケアミックス病院である。病床機能を比較すると、A 病院は回復期リハビリテーション病棟を有しているのに対し、B 病院は A 病院よりも多くの急性期一般病床数を有するほか、Neonatal Intensive Care Unit（以下「NICU」という。）を設置している点が特徴である（表２）。

表 2：A 病院および B 病院の機能別病床数　（単位：床）

		機能別病床数				
	総病床数	急性期一般病床	地域包括ケア病床	緩和ケア病床	回復期リハビリテーション 病床	NICU
あすかい病院	165	43	50	21	51	0
バプテスト病院	167	106	32	20	0	9

（出所：各施設ホームページより（2026 年 6 月 12 日閲覧）を基に著者作成）

標榜診療科は、両病院で共通する診療科が多い。一方、A 病院は精神科を標榜しているのに対し、B 病院は産科、小児科、血液内科、外科および脳神経外科を標榜している点に相違が認められた（表３）。A 病院と B 病院は病床規模や診療機能に共通点が多いものの、病床機能の構成および専門診療体制には違いがみられた。

表 3：A 病院と B 病院の標榜診療科比較

A病院、B病院共通	A病院のみ	B病院のみ
内科・循環器内科・呼吸器内科・神経内科 消化器内科・糖尿病内科・腎臓内科 緩和ケア科・整形外科・婦人科・泌尿器科 リハビリテーション科・皮膚科・眼科 放射線科・乳腺外科	精神科	産科・小児科・血液内科 外科・脳神経外科

（出所：各施設ホームページより（2026 年 6 月 12 日閲覧）を基に著者作成）

6-5-2. MDC 別退院患者割合

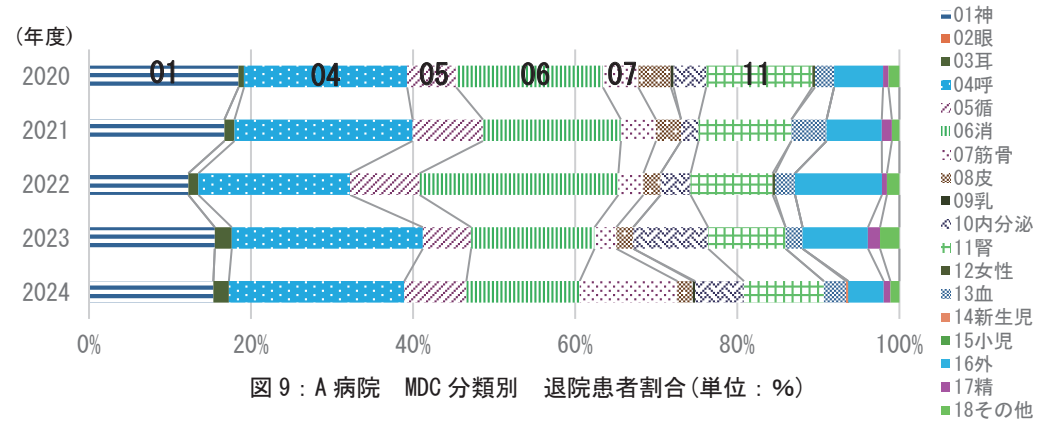

図 9：A 病院　MDC 分類別　退院患者割合（単位：%）

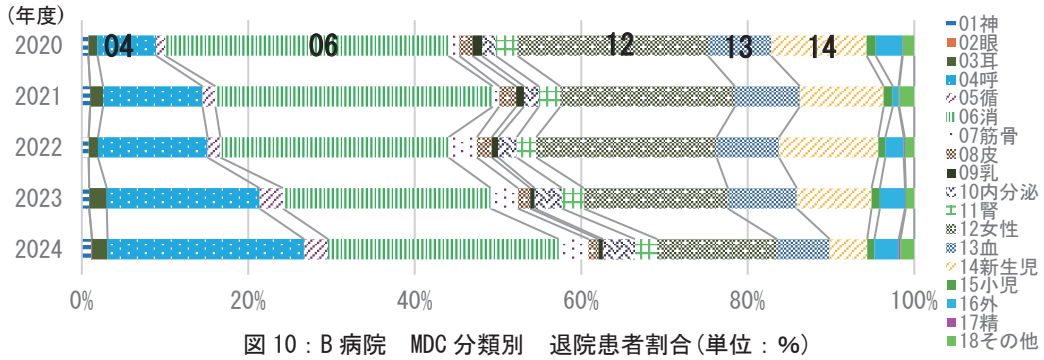

図 10：B 病院　MDC 分類別　退院患者割合（単位：%）

（出所：令和６年度 DPC の評価・検証等に係る調査「退院患者調査」の結果報告を基に著者作成）

A 病院と B 病院の Major Diagnostic Category（以下「MDC」という。）別退院患者割合を比較した。A 病院では、04 呼吸器系、01 神経系、06 消化器系、11 腎・尿路系の順に高い割合を示した（図９）。一方、B 病院では、06 消化器系、12 女性生殖系、14 新生児系、04 呼吸器系の順に高い割合を示した（図 10）。

6-5-3. ポジショニング分析

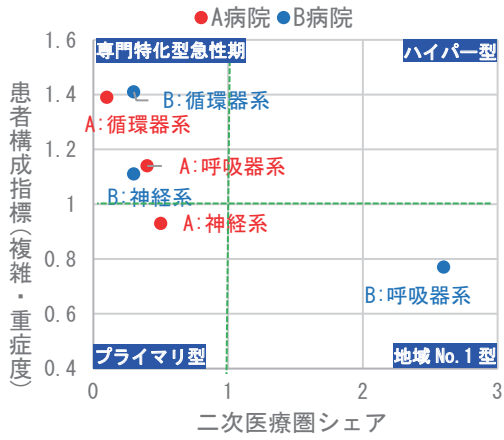

図 11：A 病院と B 病院のポジショニング分類

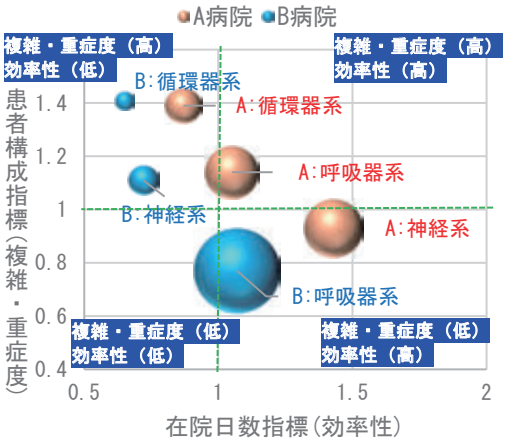

図 12：A 病院と B 病院の在院日数指標と患者構成指標による分類

（出所：「病院情報局」を基に著者作成）

図 11 および図 12 に A 病院と B 病院のポジショニング分析結果を示す。分析対象とした疾患系は、A 病院における MDC 分類別退院患者割合および今後の入院患者数の推計を踏まえ、神経系、循環器系および呼吸器系の 3 疾患系とした。なお、分析方法は吉岡（2025）、嶋田（2013）の手法を参考とした。

図 11 は、病院情報局から取得した 2024 年度の二次医療圏シェアを横軸、患者構成指標を縦軸としてプロットした。両指標とも全国平均である 1.0 を基準とし、4 象限に区分した。二次医療圏シェアが 1.0 を超える場合は、医療圏におけるシェアが高いことを示し、患者構成指標が 1.0 を超える場合は、複雑性・重症度の高い患者を診療していることを示す。

二次医療圏シェアおよび患者構成指標ともに高い疾患系を「ハイパー型」、二次医療圏シェアが高く患者構成指標が低い疾患系を「地域 No. 1 型」、二次医療圏シェアが低く患者構成指標が高い疾患系を「専門特化型急性期」、両指標ともに低い疾患系を「プライマリケア型」とした。その結果、B 病院の呼吸器系は「地域 No. 1 型」、A 病院の神経系は「プライマリケア型」に位置した。その他、A 病院の循環器系・呼吸器系および B 病院の循環器系・神経系は、「専門特化型急性期」に位置した。

図 12 は、2024 年度の在院日数指標を横軸、患者構成指標を縦軸とし、退院患者数をバブルサイズとしてプロットした。在院日数指標が 1.0 を超える場合は平均在院日数が短く効率性が高いことを示す。

その結果、A 病院の神経系は患者構成指標が 1.0 に近く、在院日数指標が高い位置にあり、B 病院より患者数も多かった。一方、B 病院の呼吸器系は、患者構成指標が低く、在院日数指標は 1.0 に近い位置にあり、A 病院と比較して退院患者数が多かった。両病院の循環器系は、患者構成指標は高いものの在院日数指標は低く、退院患者数は神経系および呼吸器系と比較して少なかった。

6-5-4. 救急搬送受入状況

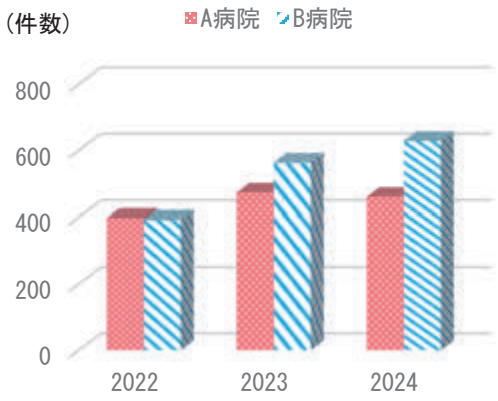

図 13：救急搬送受入件数

（出所：A 病院内部資料および B 病院ホームページ（2026 年 6 月 15 日閲覧）を基に著者作成）

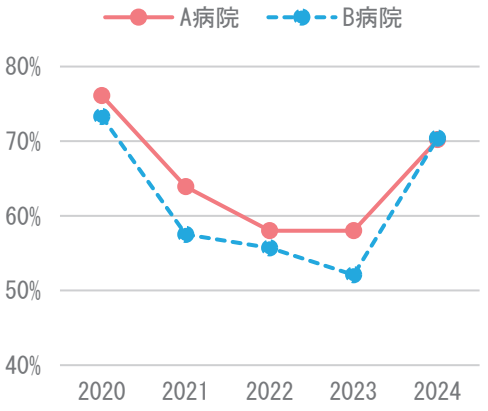

図 14：救急要請応需率

（出所：令和６年度 DPC の評価・検証等に係る調査「退院患者調査」の結果報告を基に著者作成）

図 13 は救急受入件数を示す。B 病院の救急受入件数は経年的に増加していた。一方、図 14 に示す救急要請応需率については、両病院で大きな差は認められなかった。A 病院は内科系診療を中心とする病院であるが、救急要請応需率は B 病院と同程度であった。

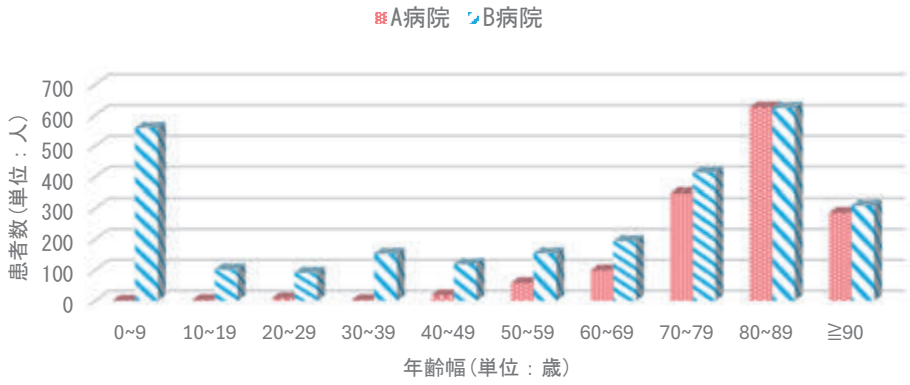

図 15：2024 年度　年代層別患者数

（出所：A 病院内部資料および B 病院ホームページ（2026 年 6 月 15 日閲覧）を基に著者作成）

図 15 に 2024 年度の年代層別患者数を示す。A 病院では 70 歳代以降で患者数が増加し、80 歳代が最も多かった。一方、B 病院では 0〜9 歳と、80 歳代の２つのピークが認められた。両病院とも 70 歳代以降の患者数が多く、高齢患者が診療の中心を占めていた。

7. 内部環境分析（2021 年度〜2025 年度）

7-1. A 病院の主な救急診療実績

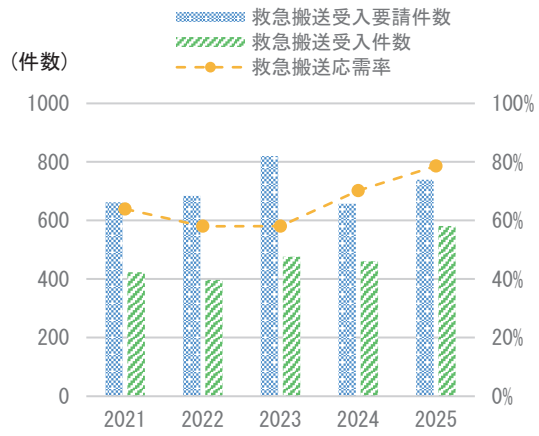

図 16：A 病院の救急搬送応需件数・応需率

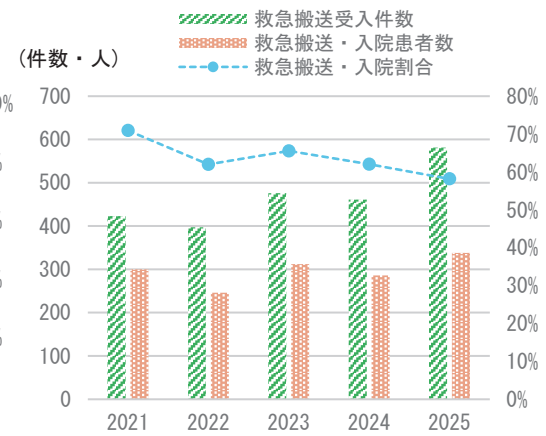

図 17：A 病院の救急搬送・入院患者受入件数および入院割合

（出所：A 病院内部資料を基に著者作成）

図 16 に A 病院の救急搬送応需率、図 17 に救急搬送患者に占める入院割合の推移を示す。救急搬送応需率は経年的に上昇しており、救急搬送後の入院割合は、おおむね 60%前後で推移していた。

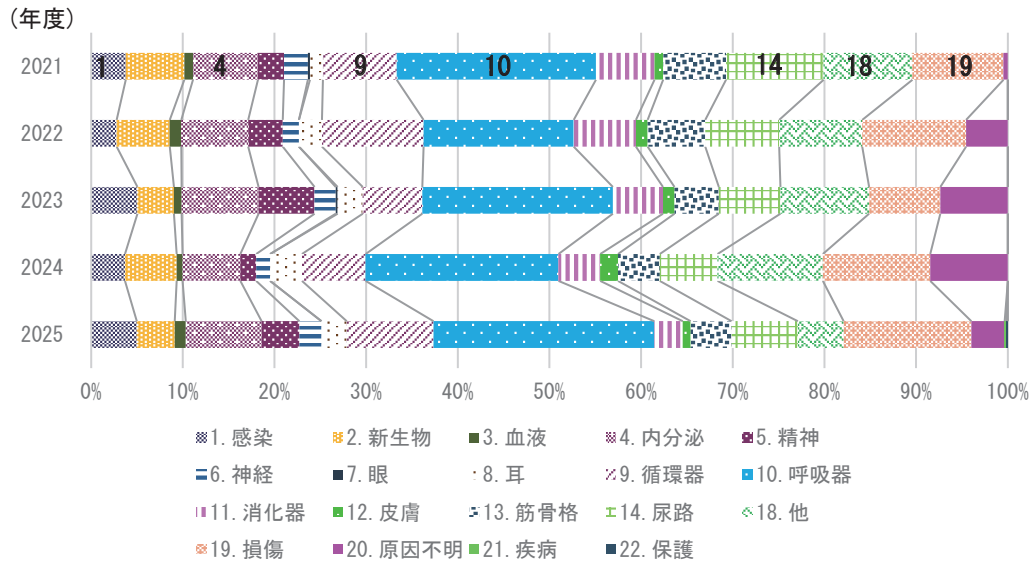

図 18：A 病院 ICD 分類別救急車搬入割合

（出所：A 病院内部資料を基に著者作成）

図 18 に、A 病院における ICD 分類別救急受入割合の過去５年間の推移を示す。最も受入割合が高かった疾患は、呼吸器系疾患（ICD-10：Ⅹ）であり、その割合は経年的に増加し、2024 年度以降は全体の救急搬送患者の 20%以上を占めた。また、感染系疾患（ICD-１：Ⅰ）、内分泌・代謝系疾患（ICD-４：Ⅳ）、循環器系疾患（ICD-９：Ⅸ）および損傷・中毒系疾患（ICD-19：ⅩⅨ）の救急受入割合についても、経年的な増加傾向が認められた。

7-2. A 病院入院患者の疾病構成

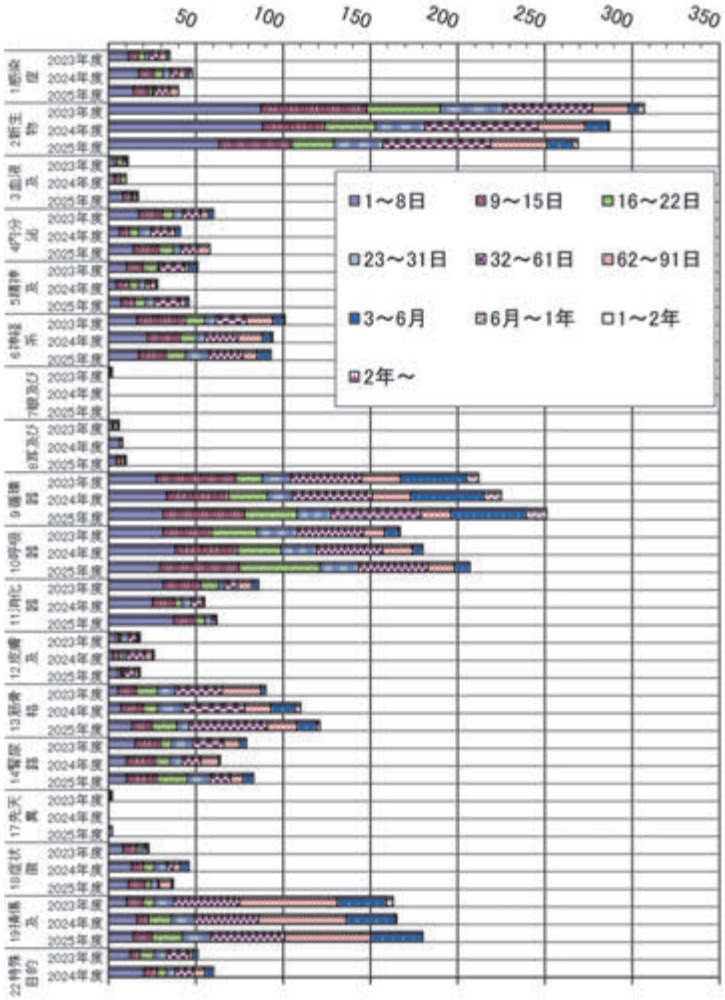

図 19：A 病院　ICD 分類別入院カルテ数　年次推移

（出所：A 病院内部資料より）

図 19 に A 病院における ICD 分類別入院カルテ数の年次推移を示す。入院カルテ数は、新生物系疾患（ICD-２：Ⅱ）、循環器系疾患（ICD-９：Ⅸ）、呼吸器系疾患（ICD-10：Ⅹ）、損傷・中毒系疾患（ICD-19：ⅩⅨ）の順に多かった。

7-3. 急性期一般病棟の主要指標

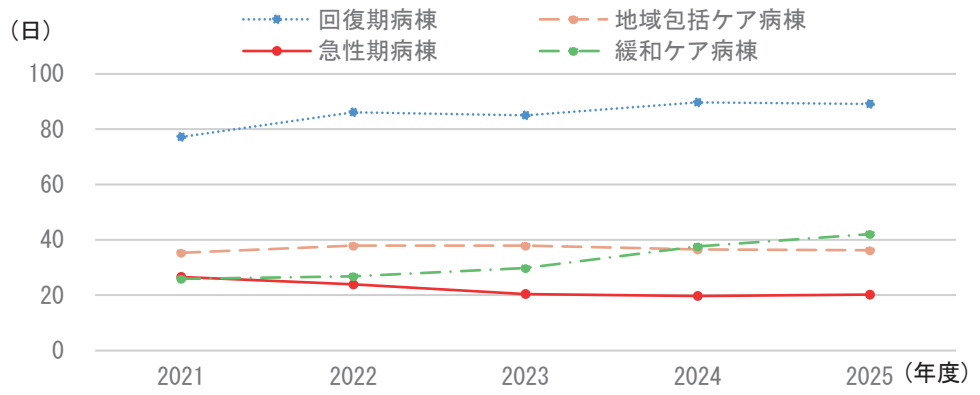

図 20：病棟別平均在院日数

（出所：A 病院内部資料を基に著者作成）

図 20 に、病棟別平均在院日数の過去５年間の推移を示す。急性期病棟は、急性期一般入院料５を算定しており、その施設基準として平均在院日数が定められていることから、４病棟のうち最も短く 20 日前後で推移していた。

表 4：急性期一般病棟の主要指標　年次推移

	単位	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度	病院目標値
病床利用率	%	89.1	81.1	83.6	85.9	90.9	87.2
日当点	点	3,366	3,444	3,610	3,712	3,602	3,737
在宅復帰率	%	28.4	33.9	32.3	31.6	54.1	-
看護必要度	%	24.2	20.1	21.2	13.9	13.3	14.0
平均在院日数	日	16.4	17.1	15.4	15.1	18.7	21.0

（出所：A 病院内部資料を基に著者作成）

表４に、急性期一般病棟の主要指標の年次推移を示す。病床利用率は、2025 年度のみ病院目標値を達成した。日当点（患者１人１日あたりの診療報酬点数）は、過去５年間を通じて病院目標値に達しなかった。在宅復帰率については、急性期一般入院料５の施設基準に含まれていないため、目標値は設定していない。看護必要度は、2024

年度以降、急性期一般入院料５の施設要件を下回る状況が継続していた。平均在院日数は、すべての年度で施設基準である 21 日以下を維持していた。

看護必要度の施設基準および日当点の病院目標値の達成が困難な状況が続いていたことなどを背景に、2025 年 10 月から急性期一般病棟 43 床について、急性期一般入院料５から地域包括ケア病棟入院料１への機能転換に向けた運用を開始した。

表 5：急性期一般入院料 5

看護職員	10対１以上（7割以上が看護師）
看護必要度Ⅱ	14%
平均在院日数	21日以内
入院料	1,575点

表 6：地域包括ケア病棟入院料 1

看護職員	13対１以上（７割以上が看護師）
看護必要度Ⅱ	8%
算定期限	60日以内
在宅復帰率	72.5%以上
入院料（４０日以内）	2,955点
入院料（４１日以上）	2,807点

（出所：2026 年度診療報酬改定資料を基に著者作成）

図 21a～d に 2025 年度の急性期一般病棟の主要指標の推移を示す。病床利用率は７月以降、病院目標値である 87.2%以上で推移した。在宅復帰率は、10 月以降、地域包括ケア病棟１への機能転換に必要な施設基準を満たすための運用変更に伴い、大きく上昇した。一方、看護必要度および日当点については明らかな改善はみられなかった。

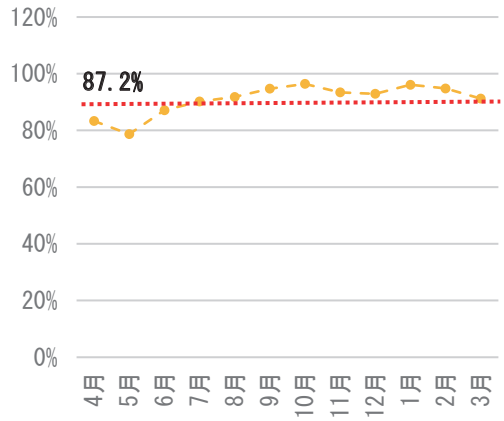

図 21-a：病床利用率

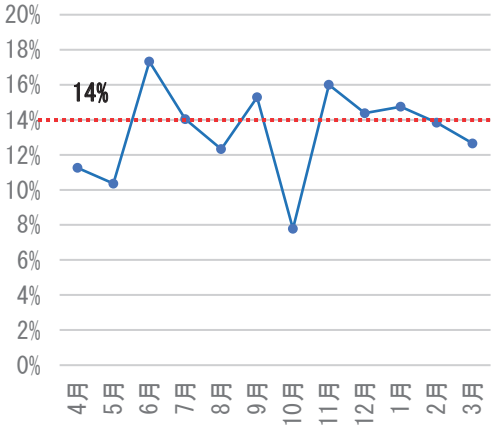

図 21-b：看護必要度

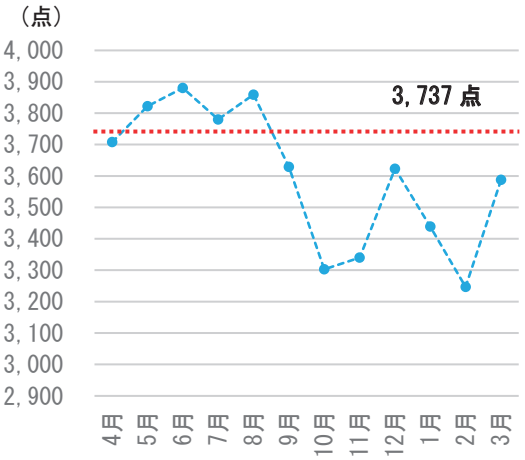

図 21-c：日当点

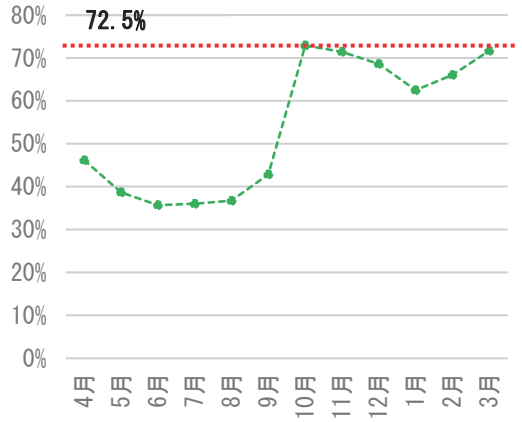

図 21-d：在宅復帰率

図 21：急性期一般病棟 2025 年度主要指標

（出所：A 病院内部資料を基に著者作成）

８．財務分析

8-1. 損益計算書

表７：A 病院　損益計算書の年次推移（単位：千円）

年度	2020	2021	2022	2023	2024	2025
入院収益	2,244,030	2,220,039	2,026,833	2,192,351	2,240,056	2,293,441
外来通院収益	597,671	614,421	483,913	499,886	488,312	474,636
外来透析収益	-	-	128,497	118,912	109,930	108,582
在宅訪問収益	273,403	285,301	276,492	297,720	322,170	314,334
健診活動収益	-	-	88,608	88,683	94,630	96,393
予防接種収益	-	-	17,739	14,071	6,395	12,350
（医業収益計）	3,215,310	3,233,465	3,024,564	3,207,064	3,257,835	3,299,477
介護収益	44,297	44,330	43,943	45,657	47,439	45,181
【事業収益合計】	3,259,607	3,277,795	3,068,507	3,252,722	3,305,274	3,344,658
人件費	2,280,734	2,315,285	2,322,138	2,365,614	2,420,412	2,408,110
医薬品費	97,331	89,202	108,722	123,350	113,121	116,569
医療材料費	76,906	81,419	90,274	95,317	95,727	95,997
給食材料費	37,207	37,358	37,081	40,071	42,667	44,222
（材料費計）	211,444	207,979	236,076	258,737	251,515	256,788
委託費	153,817	164,536	146,251	138,325	139,258	140,184
経費	291,587	303,327	317,757	326,908	332,758	334,616
減価償却費	166,490	155,529	137,768	144,010	152,474	162,486
【事業費用合計】	3,245,060	3,294,334	3,307,773	3,397,296	3,446,066	3,452,418
【事業損益】	14,546	▲ 16,539	▲ 239,266	▲ 144,574	▲ 140,792	▲ 107,760
事業外収益	29,909	47,521	123,690	33,395	21,017	64,936
事業外費用	66,503	65,057	64,962	65,032	66,227	68,732
【経常損益】	▲ 22,048	▲ 34,076	▲ 180,538	▲ 176,211	▲ 186,001	▲ 111,556
【当期純損益】	▲ 24,096	▲ 34,881	▲ 182,774	▲ 168,118	▲ 175,492	▲ 116,006

（注）外来透析収益、健診活動収益、予防接種収益は、2022 年度より新設科目

（出所：A 病院内部資料を基に著者作成）

表７に、2020 年度から 2025 年度までの損益計算書の推移を示す。事業収益は、新型コロナ感染症の影響を受けた 2022 年度に最も低い水準となったが、2023 年度以降は増収傾向を示した。一方、事業費用は経年的に増加しており、その結果、事業損益は 2021 年度に赤字へ転じて以降、2025 年度まで赤字が継続していた。

8-2. 貸借対照表

表 8：A 病院　貸借対照表の年次推移（単位：千円）

年度	2020	2021	2022	2023	2024	2025
流動資産	609,424	591,907	598,444	604,133	604,098	604,767
固定資産	3,018,067	2,905,336	2,786,723	2,816,347	2,801,343	2,542,608
【資産の部】	3,657,491	3,497,243	3,885,167	3,420,480	3,405,441	3,147,375
流動負債	5,140,003	5,028,613	5,117,716	5,337,695	5,513,017	5,268,414
固定負債	85,947	71,970	53,365	37,017	22,149	124,691
【負債の部】	5,225,950	5,100,583	5,171,281	5,374,712	5,535,166	5,393,105
出資金	13,461	13,461	13,461	13,461	13,461	13,461
資 本 剰 余 金	271,572	271,572	271,572	271,572	271,572	271,572
剰余金	▲ 1,853,492	▲ 1,888,373	▲ 2,071,147	▲ 2,239,265	▲ 2,414,757	▲ 2,530,763
（当期純利益）	▲ 24,096	▲ 34,881	▲ 182,774	▲ 168,118	▲ 175,492	▲ 116,006
〔資本の部〕	▲ 1,568,459	▲ 1,603,340	▲ 1,786,114	▲ 1,954,232	▲ 2,129,724	▲ 2,245,730
【負債及び資本の部】	3,657,491	3,497,243	3,385,167	3,420,480	3,405,441	3,147,375

（出所：A 病院内部資料を基に著者作成）

表 8 に、A 病院の 2020 年度から 2025 年度までの貸借対照表の年次推移を示す。資産の部では、流動資産に大きな変動は認められず、一定の水準で推移していた。一方、固定資産は経年的に減少しており、それに伴い資産合計も減少傾向を示した。

負債の部では、流動負債は増加した一方、固定負債は減少を示し、負債合計としては大きな変化は認められず、おおむね横ばいで推移していた。

資本の部では、新型コロナウイルス感染症の流行以降、当期純損失の計上が継続したことにより、利益剰余金の減少が続き、資本合計も減少していた。

8-3. 収益性

表 9：A 病院　収益性指標の年次推移

	単位	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2022ケアミックス病院平均(黒字)
事業利益率	%	0.45	-0.50	-7.80	-4.44	-4.26	-3.22	-15.50
経常利益率	%	-65.97%	-48.54%	-132.53%	-82.05%	-75.69%	-96.60%	6.30%
総資本事業利益率(ROA)	%	0.40%	-0.47%	-7.07%	-4.23%	-4.13%	-3.42%	-8.40%
償却前事業利益率	%	0.51%	-0.44%	-7.73%	-4.38%	-4.20%	-3.16%	-6.30%
固定費比率	%	82.7%	82.4%	87.8%	83.0%	82.9%	83.6%	81.20%
材料費比率	%	6.5%	6.3%	7.7%	8.0%	7.6%	7.7%	14.0%
医薬品費比率	%	3.0%	2.7%	3.3%	3.8%	3.5%	3.6%	8.0%
人件費比率	%	70.0%	70.6%	75.7%	72.7%	73.2%	72.0%	70.00%
委託費比率	%	4.7%	5.0%	4.8%	4.3%	4.2%	4.2%	11.50%
設備関係比率	%	11.1%	10.2%	10.5%	8.6%	8.0%	9.8%	10.70%
減価償却費率	%	5.11%	4.74%	4.49%	4.43%	4.61%	4.86%	9.10%
経費比率	%	8.95%	9.25%	10.36%	10.05%	10.07%	10.00%	7.10%
金利負担率	%	1.57%	1.55%	1.67%	1.63%	1.71%	1.74%	0.50%
総資本回転率	%	89.12%	93.73%	90.65%	95.10%	97.06%	106.27%	61.50%
固定資産回転率	%	108.00%	112.82%	110.11%	115.49%	117.99%	131.54%	125.60%
1床あたり事業収益	千円	19,755	19,865	18,597	19,713	20,032	20,271	14,299

（出所：A 病院内部資料を基に著者作成）

表 9 に、2020 年度から 2025 年度までの収益性指標の年次推移を示す。ベンチマークには、厚生労働省「令和 4 年度病院経営管理指標」のケアミックス・自治体（100～199 床、黒字）を用いた。事業利益率、総資本事業利益率および償却前事業利益率は、マイナスで推移したものの、いずれもベンチマークを上回り、2023 年度以降は改善傾向を示した。総資本回転率は経年的に上昇しており、1 床あたりの事業収益についてもベンチマークを上回る水準で推移していた。

一方、事業利益率がベンチマークを上回っていたものの、経常利益率はベンチマークを下回っていた。特に、金利負担率はベンチマークの 3 倍以上であった。また、人件費比率、固定費比率および経費比率についても、ベンチマークを上回っていた。

経費比率がベンチマークを上回っていたことから、主要な経費項目の年次推移を表 10 に示す。機器保守料、旅費交通費および紹介手数料は、経年的に増加傾向を示した。

表 10：A 病院　一部の経費項目の年次推移（単位：千円）

年度	2020	2021	2022	2023	2024	2025
修繕費	41,057	11,152	8,618	12,037	15, 965	9,949
機器保守料	45,100	46,674	47,518	47,113	54,288	60,663
広告宣伝費	2,413	2,506	2,041	3,432	4, 115	3,418
旅費交通費	10,616	10,055	10,528	13,930	14149	16,058
水道光熱費	48,084	59,367	66,738	60, 114	54, 551	55,426
紹介手数料	-	-	2,062	2,869	3, 200	7,095

（注）紹介手数料の 2020 年度、2021 年度のデータなし

（出所：A 病院内部資料を基に著者作成）

8-4. 安全性

表 11：A 病院　安全性指標の年次推移

	単位	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2022ケアミックス病院平均(黒字)
自己資本比率	（%）	-42.88	-45.85	-52.76	-57.13	-62.54	-71.35	28
固定長期適合率	（%）	-203.58	-189.72	-160.83	-146.90	-132.92	-119.88	141.8
借入金比率	（%）	3.04	2.83	3.02	2.41	2.07	1.68	39.6
償還期間	（年）	0.66	0.71	9.43	2.98	2.31	0.69	3.1
流動比率	（%）	11.86	11.77	11.69	11.32	10.96	11.48	212.5
1床あたり固定資産額	（千円）	18,291	17,608	16,889	17,069	16,978	15,410	17,575
償却金利前経常利益率	（%）	6.00	5.26	0.28	0.64	0.70	3.27	15.9

（出所：A 病院内部資料を基に著者作成）

表 11 に、2020 年度から 2025 年度までの安全性指標の推移を示す。自己資本比率は、経年的にマイナス幅が拡大していた。また、固定長期適合率についても、自己資本がマイナスであることを反映してマイナスで推移していた。

一方、借入金比率は低い水準で推移し、償還期間も短かった。

1 床あたり固定資産額は、病床あたりの建物や医療機器への資本投入の程度を示す指標である。A 病院では経年的に低下傾向を示し、2025 年度には分析期間中で最も低い値となり、ベンチマークを下回った。

また、設備投資に伴う減価償却費や金利負担の影響を除いた償却金利前経常利益率についても、ベンチマークを下回って推移していた。

8–5. 機能性

表 12：A 病院スタッフ数 （単位：人）

	2024	2025
常勤数	309	327
非常勤数	114	130
常勤医師数	20	20
非常勤医師数	111	124
常勤医師数	20	20

（出所：A 病院内部資料を基に著者作成）

表 13：A 病院　2024–2025 年度　機能性各指標

	単位	2024	2025	2022ケアミックス病院平均(黒字)
平均在院日数	日	39.2	39.54	48.7
外来／入院比	-	1.02	0.94	1.7
1床あたり1日平均外来患者数	人	1.20	1.15	1.1
患者1人1日あたり入院収益	円	38,438	38,039	32,918
外来患者1人1日あたり外来収益	円	8,429	8,583	10,859
医師1人あたり入院患者数 (A病院は常勤数のみで比較)	人	7.78	8.05	7.1
医師1人あたり外来患者数 (A病院は常勤数のみで比較)	人	9.92	9.47	10.8
職員1人あたり入院患者数 (A病院は常勤数のみで比較)	人	0.50	0.49	0.5
職員1人あたり外来患者数 (A病院は常勤数のみで比較)	人	0.64	0.58	0.8

（出所：A 病院内部資料を基に著者作成）

表 12 に A 病院の職員数、表 13 に 2024 年度から 2025 年度の機能性指標を示す。1 床あたり 1 日平均外来患者数はベンチマークと同水準であった。一方、外来患者 1 人

１日あたり外来収益はベンチマークを下回っており、患者数は同程度であるものの、患者１人あたりの診療報酬単価は低い結果であった。

医師１人あたりの入院患者数・外来患者数および職員１人あたりの入院患者数・外来患者数については、非常勤職員の常勤換算数が把握できなかったため、常勤職員数のみを用いて算出した。その結果、医師１人あたり外来患者数および職員１人あたり入院患者数・外来患者数は、ベンチマークと同程度またはそれを下回る値を示した。

8-6. 生産性

表 14：A 病院　生産性指標の年次推移

	単位	2020	2021	2022	2023	2024	2025
付加価値	千円	2,250,984	2,254,415	2,038,930	2,175,383	2,232,181	2,255,168
労働分配率	%	101.3	102.7	113.9	108.7	108.4	106.8

（出所：A 病院内部資料を基に著者作成）

表 14 に A 病院の生産性指標の年次推移を示す。付加価値は、組織が経営活動を通じて新たに創出した経済的価値を示す指標であり、労働分配率は、その付加価値のうち人件費が占める割合を示す指標である。A 病院の労働分配率は、すべての年度で100%を超えており、付加価値を上回る人件費を支出している状況であることが示された。

表 15：付加価値の比較　年度データ　（単位：千円）

	病床数	経営状況	2022	2023	2024
A病院	165	赤字	2,038,930	2,175,383	2,232,181
S病院	305	赤字	4,201,704	3,638,038	3,704,647
T病院	519	黒字	11,236,843	11,475,881	11,756,754

（出所：A 病院内部資料を基に著者作成）

表 16：A 病院　労働分配率の比較　年度データ（単位：%）

	病床数	経営状況	2022	2023	2024
A病院	165	赤字	113.9	108.7	108.4
S病院	305	赤字	82.0	81.2	82.7
T病院	519	黒字	78.5	86.0	87.1

（出所：A 病院内部資料を基に著者作成）

A 病院の生産性を相対的に評価するため、医療・介護ファイナンス講義において分析対象とした S 病院および T 病院を比較対象とした。なお、両病院は A 病院とは病床規模や診療科構成が異なるため、本比較は生産性指標の相対的な位置づけを把握するための参考比較とした。

比較結果を表 15 および表 16 に示す。A 病院は赤字病院である S 病院と比較しても付加価値が低く、労働分配率が高かった。黒字の T 病院では、経年的に労働分配率の上昇がみられたものの、付加価値は A 病院の約 5 倍の水準で維持していた。

以上の財務分析の結果より、A 病院では収益性の一部に改善傾向がみられた一方、安全性および機能性に関する複数の指標はベンチマークを下回っていた。また、生産性指標では、労働分配率が 100%を超えており、付加価値に対する人件費負担の高さが課題として示された。

9．病床再編モデルによる収支シミュレーション

A 病院では、2026 年 7 月に急性期一般病棟を地域包括ケア病棟へ機能転換した。一方、今後も高齢者を中心とした救急医療需要が見込まれることから、救急患者の受入体制および今後の病床機能の在り方を検討する必要がある。そこで、地域医療需要への対応と経営効率の両立という観点から、複数の病床構成を想定した収支シミュレーションを実施した。

【病床再編モデル（図 22)】
モデル１：急性期一般病床 43 床
モデル２：地域包括ケア病床 43 床
モデル３：急性期一般病床 23 床＋地域包括ケア病床 20 床

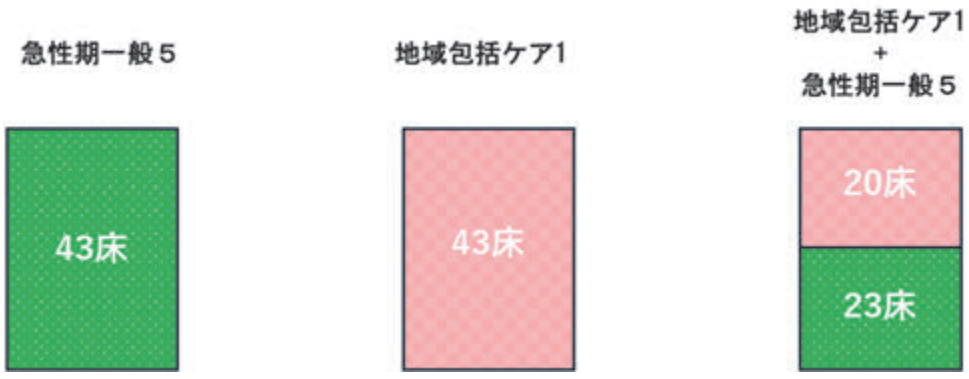

図 22：病床再編モデル

図 22 に、３つの病床再編モデルを示す。シミュレーションの前提条件は、以下のとおりである。

急性期一般５は病床機能転換前の急性期一般入院料５の施設基準を適用し、平均診療報酬点数および病床利用率は、2025 年度実績値を用いた。

地域包括ケア病棟入院料１には、2025 年度の入院実績数から算出した在宅患者支援病床初期加算を加算した。

急性期一般入院料５および地域包括ケア病棟入院料１のいずれについても、2025 年度実績から算出した救急患者連携搬送料２を加算した。

看護配置は、急性期一般入院料５および地域包括ケア病棟入院料１の施設基準に基づき、必要な看護職員数の 70％を看護師、30％を看護補助者とした。看護師配置係数は 4.8 を用いて年間人件費を算出した。

医師配置数については、医療法に定める一般病床 16 床あたり医師１名以上の配置標準に基づき、必要医師数の算出を行った。

年間人件費は、医師、看護師および看護補助者の給与を合計して算出した。給与水準は、厚生労働省の職業情報提供サイト（job tag）の平均年収（医師 1512.3 万円、看護師 524.7 万円、看護補助者 337.1 万円）を用いた。

以上の設定に基づき、各モデルの年間収益、年間人件費および年間利益を算出した。

シミュレーション結果を図 23 および図 24 に示す。図 23 は、病床再編プラン別の年間収益および年間人件費を示している。急性期一般病床 43 床としたモデル１では、年間収益が最も高くなると予測された。一方、必要配置人数も最も多くなるため、年間人件費は最大となった。地域包括ケア病床 43 床としたモデル２では、年間収益は最も低いものの、必要配置人数が少ないことから、年間人件費は最少となった。

図 24 は、病床再編プラン別の年間利益を示している。３つのモデルのうち、急性期一般病床 23 床と地域包括ケア病床 20 床を組み合わせたモデル３で、年間利益が最大となった。

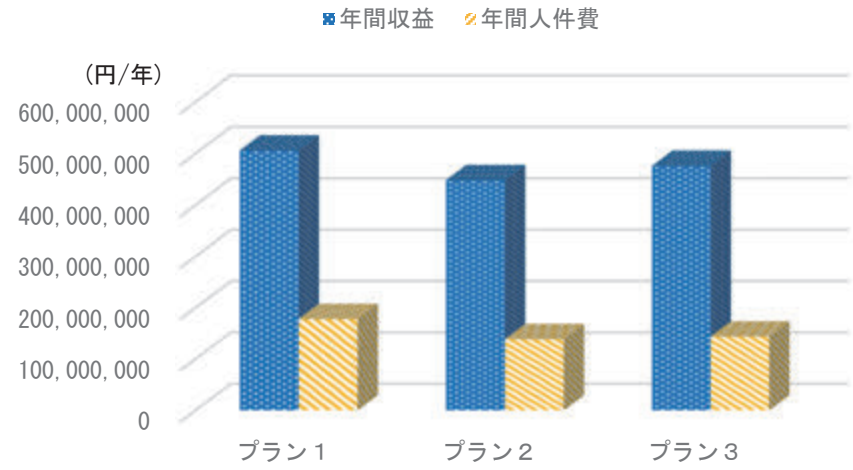

図 23：病床再編プラン別　年間収益と年間人件費

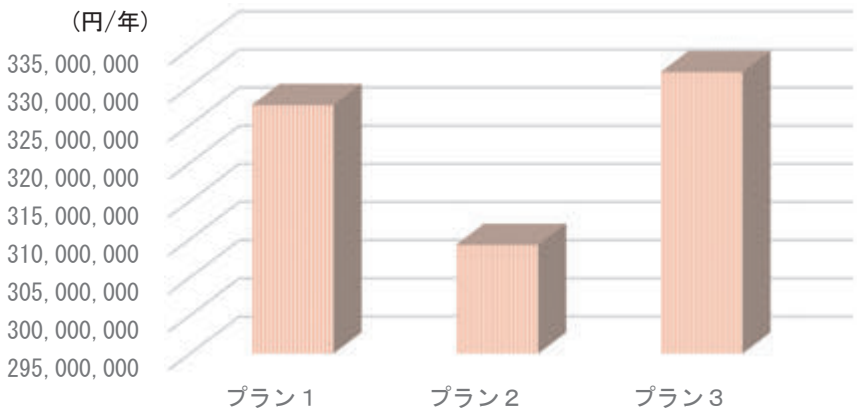

図 24：病床再編プラン別　年間利益

１０．考察

10-1. 外部環境分析

全国の外来患者数は 2025 年をピークに減少へ転じることが見込まれている。本研究においても、A 病院が位置する京都市左京区の推計外来患者数は、全国と同様に 2025 年をピークとして減少すると推計された（図２）。

一方、全国的に 2020 年から 2040 年にかけて 85 歳以上の救急搬送および在宅医療需要の大幅な増加が予測されている。京都市左京区においても、入院患者数は 2030 年頃まで増加し、その後も高い水準で推移すると推計された（図６）。さらに、介護需要は今後も増加を続け、介護需要予測指数は医療需要予測指数を上回って推移すると見込まれる（図３および図４）。このことから、地域包括ケアの３本柱である「治し」「癒し」「支える」のうち、「癒し」と「支える」の役割が今後さらに重要になると考えられる。そのため、急性期医療のみならず、回復期医療や慢性期医療、介護サービスへの需要が一層高まるものと考えられる。

2030 年頃まで入院患者数の増加が推計された背景には、高齢化に伴う救急搬送患者数の増加が影響している可能性がある。この結果は、厚生労働省が示した将来推計とも一致している。

また、厚生労働省人口動態統計では、2024 年の死因別死亡数において心疾患が第２位を占めている。さらに、高齢化の進展に伴う心不全患者の増加は「心不全パンデミック」とも称され、今後も循環器系疾患患者の増加が予測されている。本研究においても、循環器系疾患の外来需要が高い水準で推移すると推計されており（図７）、これらの報告と整合している。

一方、図９に示した MDC 分類別退院患者割合では、呼吸器系疾患が最も高い割合を占めていた。高齢化に伴う肺炎および誤嚥性肺炎患者の増加を踏まえると、この結果は、図８で示された呼吸器系疾患の入院需要が高い水準で推移するとの推計と整合しており、A 病院の診療実績と地域医療需要が合致していると考えられる。

また、ポジショニング分析では、A 病院の神経系疾患および B 病院の呼吸器系疾患に、それぞれ特徴的な診療機能が認められた（図 11 および図 12）。

以上より、A 病院が位置する地域では、今後も循環器系疾患および呼吸器系疾患を中心に一定の医療需要が見込まれる。また、神経系疾患については、A 病院の特徴的な診療領域として、地域における役割を担う可能性が示唆された。

10-2. 内部環境分析

A 病院では高齢患者の割合が高く（図 15）、独居や認知症を有する患者も少なくない。このような患者では急性期治療のみならず、退院後の生活を支える在宅医療・介護サービスとの連携が必要となる場合が多く、多職種による退院支援が重要となる。また、救急搬送患者の入院割合が高いことを踏まえると、救急受入から入院治療、退院支援までを一体的に担う機能が求められていると考えられる。

MDC 分類別退院患者割合では呼吸器系疾患が高い割合を示しており（図９）、ICD 分類別救急車搬入割合の疾患構成とも一致していた（図 18）。このことから、呼吸器系疾患は、救急・入院診療の双方において A 病院の主要な診療領域であることが示唆された。

ICD 分類別入院カルテ数では、新生物系疾患（ICD-２：Ⅱ）、循環器系疾患（ICD-９：Ⅸ）、呼吸器系疾患（ICD-10：Ⅹ）、損傷・中毒系疾患（ICD-19：ⅩⅨ）の順に多かった（図 19）。このうち、新生物系疾患が最も多かった背景には、緩和ケア病棟の機能が反映されていると考えられる。また、損傷・中毒系疾患については、回復期リハビリテーション病棟での受入が反映されていると考えられる。さらに、循環器系疾患および呼吸器系疾患は、急性期一般病棟と地域包括ケア病棟の双方で対応しており、A 病院の主要な診療領域であると考えられる。

急性期一般病棟では、平均在院日数を施設基準内に維持していた（表４）。その要因として、急性期治療後に回復期リハビリテーション病棟や地域包括ケア病棟へ転棟し、継続的な治療および退院支援を行う運用体制が機能していたことが考えられる。

これらの結果より、A 病院が有する高齢患者の急性期医療から回復期医療、退院支援へとつなぐ一連の診療体制は、地域包括ケアシステムの考え方に即した病院機能であると考えられる。

10-3. 財務分析

表９に示した収益性指標では、事業利益率がベンチマークを上回る一方、経常利益率はベンチマークを下回っていた。この背景には、金利負担率の高さが影響している可能性がある。また、主要な経費項目では、旅費交通費が増加傾向を示していた（表 10）。この増加は、職員教育への投資を反映している可能性がある。職員の学習機会を確保することは、専門性の向上のみならず、職員満足度や定着率の向上にも寄与し、結果として採用関連費用である紹介手数料の抑制につながることが期待される。

表 11 に示した安全性指標では、自己資本比率が依然としてマイナスで推移し、債務超過の状態にあることから、財務基盤の脆弱さが課題として示された。借入金比率が低く、償還期間が短いことから、借入金への依存度は相対的に低いと考えられるが、自己資本比率がマイナスであることや流動比率が低いことを踏まえると、安全性が高いとは言い難い。また、１床あたり固定資産額が低下していることから、設備投資が抑制されていることが推察される。加えて、設備投資や金利負担の影響を除いた収益力を示す償却金利前経常利益率がベンチマークを下回っていたことから、経常的な収益力の低さが、設備投資を制約する一因となっている可能性がある。

医療機器への設備投資について、財務分析講義で分析対象とした黒字運営の W 病院では、高額医療機器への投資に際し、中長期的な設備投資計画を策定するとともに、収益性および投資回収期間を評価した上で意思決定を行っていた。また、医療機器ごとに減価償却費や保守費用を踏まえた収支計画を作成し、導入後も稼働実績を可視化して医師と共有する仕組みを整えていた。これにより、医師自身が医療機器の稼働状況や収益性を意識して運用に関与していた。

一方、A 病院では医療機器の購入申請は検査部門が主体となっており、医師との間で投資採算性に関する認識が十分に共有されているとは言い難い。今後は、医師が経営的視点を踏まえて医療機器投資に参画するとともに、導入後の稼働実績や収益性を共有する体制の構築が望まれる。

さらに、表 13 および表 14 に示した機能性・生産性指標では、人件費負担の高さと付加価値創出力の低さが重要な経営課題として示された。これらの結果は、人件費比率の高さや患者数に対する職員配置の特徴と整合しており、生産性の向上が重要な課題であると考えられる。

しかし、この課題への対応は、単なる人員削減ではなく、人的資源の有効活用という視点から検討する必要がある。ダニエル・キムが提唱する「成功の循環モデル」では、「関係の質」の向上が「思考の質」「行動の質」を高め、最終的に「結果の質」の改善につながるとされている。この考え方を病院経営に当てはめると、多職種間の連携や組織内コミュニケーションを強化し、人的資源の能力を最大限に発揮できる組織づくりが重要であると考えられる。

したがって、経営改善を図るためには、人員削減を前提とするのではなく、チーム医療の推進や DX 導入による業務改善、人員配置の最適化を通じて、現在の人的資源を有効に活用し、生産性を高めることが重要である。こうした取り組みが、収益性の向上と財務基盤の改善にもつながると考えられる。

10-4. 経営戦略

		外部環境	
		Opportunities(機会)	Threats(脅威)
		・2040年にむけた地域医療構想 ・京都/乙訓医療圏では急性期、回復期、慢性期病床不足 ・医療需要予測は2050年まで横ばい ・介護需要予測は2050年まで増加 ・推計入院患者数は2045年まで増加 ・循環器系、呼吸器系、神経系の入院　患者予測は2045年まで減少しない。 ・心不全パンデミック ・高齢者救急需要、訪問診療需要の増大	・後期高齢者増加 ・生産年齢人口低下 ・各病院のポジショニングを確立 ・推計外来患者数のピークは2025年
内部環境	Strengths（強み）	積極的戦略(強み×機会)	差別化戦略(強み×脅威)
	・高齢者医療、地域医療を得意とする ・地域包括病棟、回復期病棟、緩和病棟のケアミックス機能(2026.6~) ・神経系、循環器系、呼吸器系における入院応需力の強さ ・救急要請応需率70%超過 ・往診センター併設 ・健診センター併設 ・開放型病床登録開業医　５０名 ・差額ベット料徴収なし	・往診センターと連携強化し、検査入院、レスパイト入院患者等、定期入院患者の抽出。 ・開放型病床登録開業医との合同勉強会、懇談会など顔の見える関係作りより、紹介率向上。	・循環器系、呼吸器系、神経系の入院受け入れを強みとし、病院のポジショニング確立。「選択と集中」を明確化。 ・健診活動から、将来の外来患者につなぐフォロー強化。
	Weakness（弱み）	段階的施策(弱み×機会)	専守防衛または撤退(弱み×脅威)
	・急性期病棟の日当点低下 ・看護必要度１４％維持困難 ・急性期病棟廃止(2026.6~) ・病棟間での転棟患者減少 ・財源基盤の脆弱さ ・人件費比率上昇 ・外来患者減少 ・地域でのポジショニング不透明	・入院患者の出口戦略の確立。 ・医療機器購入時、月額必要検査件数の可視化。 ・DX推進し、業務効率向上、競争優位に。	・外来機能の縮小検討。患者数に見合ったスタッフ数へ配置見直し。 ・医師の働き方に応じた担当患者数、給与等勤務基準の明確化。

図 25：A 病院　クロス SWOT 分析

第６章から第８章までの外部環境分析、内部環境分析および財務分析から、地域医療ニーズへの対応、収益力の向上および人件費負担の適正化が主要な経営課題として抽出された。これらの結果を基に SWOT 分析およびクロス SWOT 分析を実施し、A 病院の強みと地域医療ニーズを踏まえた経営戦略を検討した（図 25）。

１）積極的戦略

A 病院は往診センターを併設しており、外来通院が困難となった患者を訪問診療へ移行できるほか、訪問診療患者の緊急入院にも対応可能である。A 病院周辺は訪問診療激戦区であるが、病院による後方支援体制を有することは、患者および家族の安心につながる。実際に、新型コロナウイルス感染症流行期においても往診センターは、

唯一、収益が増加した部門であった。さらに、京都・乙訓医療圏において、訪問診療を受ける患者数は2040年以降に最大となることから、今後も訪問診療需要が高まると予測されている。このように、今後も需要の増加が見込まれる訪問診療部門へ人的資源を重点的に配置する「選択と集中」は、病院経営の改善につながる戦略と考えられる。

また、A病院は50名の開放型病床登録医を有している。2024年度病診連携アンケートでは、当院スタッフと地域の開業医の交流機会について希望を調査した。その結果、「勉強会」「公開カンファレンス」「意見交換会」の順に希望が多く、日常診療の延長線上で実施可能な交流へのニーズが認められた。このように、地域の開業医と連携を強化することが、紹介率の向上および地域医療連携の強化につながると考えられる。

以上より、訪問診療機能の強化および地域医療連携の推進は、A病院の強みを活かしながら地域医療需要に対応する積極的戦略として位置付けられる。

2）差別化戦略

ICD分類別救急車搬入割合およびICD分類別入院カルテ数では、循環器系および呼吸器系疾患が主要な位置を占めていた。また、神経系疾患では、近隣B病院と比較して患者数が多く、複雑性・重症度が低い患者を効率的に診療していることがポジショニング分析から示された。これらの結果から、循環器系および呼吸器系疾患はA病院の主要な診療領域であり、神経系疾患は近隣B病院との比較において特徴的な診療領域であることが示された。さらに、循環器系、呼吸器系および神経系疾患は、いずれも今後一定の医療需要が見込まれており、A病院の診療領域と地域医療需要が合致する領域と考えられる。

これらの診療領域をA病院の強みとして明確化し、地域へ発信することは、近隣病院との差別化を図るとともに、地域医療におけるA病院のポジショニングを確立する戦略につながると考えられる。

一方で、これらの診療領域を強みとして維持・強化するためには、救急搬送患者への対応も一定程度求められる。しかし、2026年7月に急性期一般病棟を地域包括ケア病棟へ機能転換したことから、今後は救急患者の受入基準を明確化し、病院機能に応じた救急受入体制を構築する必要がある。

さらに、これらの診療領域の強化に加え、A病院が有する健診センターの機能を活用することも重要である。健診を通じた疾病の早期発見および重症化予防に加え、必

要に応じて外来診療へつなぐことで、外来患者の確保と継続的な診療につながると考えられる。

３）段階的施策

病床機能の再編を進めるにあたっては、急性期治療のみならず、入院時から退院後を見据えた出口戦略を構築することが重要である。そのためには、ソーシャルワーカーのみが退院調整を担うのではなく、医師、看護師、薬剤師、リハビリテーションスタッフなど多職種が連携し、患者を中心とした医療チームとして退院支援を行う体制の構築が求められる。

また、高額医療機器への投資は、病院機能の維持・向上に不可欠である。しかし、投資効果を最大化するためには、導入後の稼働目標を設定するとともに、月ごとの使用実績を可視化し、医師を含めた関係者間で共有することが重要である。このような投資管理体制の整備は、医療機器の有効活用と収益性向上につながると考えられる。

さらに、DX の推進は、業務効率化と生産性向上を図るうえで重要な施策である。例えば、外来予約では 24 時間対応可能な Web 予約システムの活用が考えられるが、A 病院では電話予約が中心となっている。そのため、受診希望者の利便性が低下し、受診機会の損失につながっている可能性がある。また、第８章で示したように、人件費は A 病院の経営課題の一つである。予約受付などの定型業務へ DX を導入し、AI や ICT を活用したタスクシフトを推進することで、職員はより付加価値の高い業務へ専念できると考えられる。短期的な投資負担は生じるものの、中長期的には業務効率化および人件費の適正化につながることが期待できる。そのため、DX への継続的な投資を行うための予算枠確保が重要である。病床機能の再編のみでは持続可能な経営改善は困難であり、人材配置の最適化と DX 推進を一体的に進めることが重要である。

４）専守防衛または撤退

外来患者数は 2025 年をピークに減少すると予測されている（図５）。このため、今後の外来機能については、診療体制や人員配置を含めた見直しが必要となる。特に、需要の減少が予測される診療機能については、地域の医療提供体制を踏まえながら、縮小や他医療機関との役割分担を検討するなど、将来的な医療需要を踏まえた外来機能の再編を進める必要がある。

財務分析の機能性指標では、医師１人あたりの外来患者数はベンチマークを下回っていた（表 13）。この結果は、外来患者数に対して医師配置水準が相対的に高い可能性を示唆している。医師数が充実していることは診療体制の強みである一方、高度な専門性を担う医師は、人件費への影響も大きい職種である。そのため、医療需要に応

じた適正配置を検討することが重要である。医療法に基づく配置基準を満たしたうえで、診療科間の連携や相互支援体制を強化し、限られた人的資源を有効活用する組織運営を推進することが、経営効率の向上に寄与すると考えられる。

以上の SWOT 分析より、短期的には訪問診療機能や地域医療機関との連携強化を進め、中長期的には診療領域の選択と集中、DX 推進および人材配置の最適化に段階的に取り組むことが、今後の経営戦略として有効であると考えられる。

これらの戦略を実現するためには、地域医療需要と A 病院の診療機能に適した病床構成についても検討する必要がある。

全国的に 2020 年から 2040 年にかけて 85 歳以上の救急搬送需要の大幅な増加が予測されている。また、A 病院が位置する京都市左京区においても、全国と同様に 2050 年に向けて後期高齢者人口の増加が続くと予測されている（図２）。このような高齢化の進展と救急搬送需要の増加を踏まえると、地域における救急医療への対応を継続するためにも、一定の急性期医療機能を維持することが重要であると考えられる。

一方、地域包括ケア病棟は、急性期治療を終えた患者や在宅・施設療養中に急性増悪した患者を受け入れ、在宅復帰に向けた支援を行う病棟である。急性期医療と在宅医療・介護をつなぐ「橋渡し」の役割を担うことから、高齢化が進展する地域において、その重要性は今後さらに高まるものと考えられる。

また、A 病院の病床機能を検討するうえでは、院内における急性期一般病床の運営状況についても考慮する必要がある。A 病院では、急性期一般入院料５の施設基準である看護必要度の維持が経年的に困難となってきたことや、日当点の病院目標の達成が困難な状況が続いていたことなどが、病床機能転換を検討する契機の１つとなった。特に 2023 年度から 2024 年度にかけて看護必要度が大きく低下しており（表４）、今後の病床機能を検討するためにも、その要因については、診療報酬改定の影響に加え、患者構成や診療機能の変化などの観点から分析する必要がある。

このような地域医療需要、A 病院の診療機能および急性期一般病棟の運営状況を踏まえ、本研究では３つの病床再編モデルを設定し（図 22）、収支シミュレーションを実施した。その結果、急性期一般病床 23 床と地域包括ケア病床 20 床を組み合わせたモデルが、最も高い年間利益を示した（図 24）。急性期病床を最大化することが利益の最大化には必ずしもつながらず、地域包括ケア病床との適切な組み合わせが、経営効率の向上につながる可能性が示された。

これらの分析結果を総合すると、地域包括ケア病棟への機能転換そのものを否定するものではないが、全床を地域包括ケア病床とする病床構成については、再検討の余地があると考えられる。地域医療需要、A 病院がこれまで担ってきた診療機能、SWOT 分析から導かれた経営戦略および経営効率を総合的に勘案すると、急性期医療機能を一定程度維持しながら地域包括ケア機能を併せ持つ病床構成も、今後の選択肢の一つとして検討する必要がある。

病床機能を検討する際には、自院が提供できる医療だけではなく、地域医療需要や地域医療構想を踏まえ、「地域から何を求められているのか」という視点を基盤とした戦略立案が重要である。地域における自院の役割と経営効率の両面から病床機能を継続的に検証していくことが、持続可能な病院経営につながると考えられる。

１１．まとめ

本研究では、A 病院を対象として外部環境分析、内部環境分析、財務分析、病床再編シミュレーションおよび SWOT 分析を実施し、持続可能な病院経営に向けた病床機能の在り方について検討した。その結果、地域医療需要への対応と経営効率の両立という観点から、急性期一般病床と地域包括ケア病床を組み合わせた病床構成が、今後の病床機能を検討するうえで有力な選択肢となることが示唆された。

A 病院は、公益社団法人として地域医療を支える役割を担っており、その理念にも「地域住民、地域の医療・福祉機関、諸団体に開かれた活動を行います」と掲げられている。したがって、病床再編や経営戦略の検討においては、経営効率のみを追求するのではなく、地域医療需要や公益性を踏まえた意思決定が求められる。

地域医療を持続的に支えていくためには、病院経営を自らの課題として捉え、組織の将来に責任をもって意思決定する管理者の存在が重要である。管理者には、目の前の業務を遂行するだけではなく、地域医療需要や経営状況を客観的なデータに基づいて把握し、限られた経営資源をどのように活用するかを判断することが求められる。また、その方針を管理者のみのものとせず、職員と共有しながら PDCA サイクルを組織文化として定着させ、継続的な改善につなげることが、組織の活性化やガバナンスの強化につながると考える。

社会環境や医療制度が変化し続けるなかにおいても、地域医療を守るという理念を経営判断の軸として持ち続けることが重要である。本研究は、病床再編そのものを目的とするものではなく、地域医療需要、病院機能および経営資源を統合的に分析し、

地域医療を持続的に支えるための病院機能と経営戦略の在り方を検討したものである。本研究で得られた知見が、地域医療を支える病院の持続可能な経営の一助になることを期待する。

１２．研究の限界と今後の課題

財務分析における機能性指標では、医師数および職員数について、嘱託医師、非常勤医師および非常勤職員数を常勤換算数として算出できていない。そのため、今後はこれらの職員を含めた常勤換算数を用いて分析することにより、より精度の高い評価が可能になると考えられる。

病床再編モデルによる収支シミュレーションでは、収益について、2026 年度診療報酬改定により算定可能となった項目を十分に反映できていない。また、費用についても医師、看護師および看護補助者の人件費のみを対象としており、材料費、経費およびその他の職種の人件費を含めた分析は実施していない。そのため、今後はこれらを加味したシミュレーションを行うことで、より実態に即した分析が可能になると考えられる。

SWOT 分析は著者単独で実施したため、評価に主観的バイアスが含まれる可能性がある。今後は、管理職だけでなく現場職員を含めた複数の視点から SWOT 分析を実施し、その結果を経営戦略に反映することが望まれる。

本研究は単施設を対象とした事例研究であり、得られた結果の一般化には限界がある。しかし、外部環境分析、内部環境分析、財務分析、病床再編シミュレーションおよび SWOT 分析を統合し、地域医療需要、病院機能および経営資源の複数の視点から病院経営の在り方を検討した点に、本研究の特徴がある。今後は、複数施設を対象とした比較研究に加え、職員満足度やワークエンゲージメントなどの人的資源に関する指標を取り入れ、これらと生産性や経営指標との関連を検討することで、持続可能な病院経営に関する知見をさらに蓄積していく必要がある。

謝辞

本稿の作成に当たり、著者の意向を尊重しながら、終始温かくご指導を賜りました兵庫県立大学大学院社会科学研究科の井出健治郎教授、ならびに木下隆志教授、貝瀬徹教授に厚く御礼申し上げます。

また、兵庫県立大学大学院社会科学研究科 医療・介護マネジメントコースにおいてご指導いただきました諸先生方、ともに学び支え合った同期のみなさま、ならびに本研究に必要な資料をご提供いただきましたA病院のみなさまに、深く感謝申し上げます。

最後に、大学院での学びを温かく支え続けてくれた家族に心より感謝し、本稿の謝辞といたします。

参考文献

[1] 井口浩一(2024)「公立宍粟総合病院における今後の経営戦略 ー受入患者の分析による最適な病床機能のあり方」『商大ビジネスレビュー』第14巻第2号、pp. 24-62

[2] 黒田健二(2024)「A民間中小病院が地域医療に求められる役割と戦略に関する考察」『商大ビジネスレビュー』第14巻第2号、pp. 153-184

[3] 桜本憲一郎(2017)「急性期病院激戦地域ケアミックス病院から地域支援型病院への転換」『商大ビジネスレビュー』第7巻第2号、pp. 51-81

[4] 嶋田康之(2023)「急性期病院二次医療圏別分析の可視化」『商大ビジネスレビュー』第3巻第1号、pp. 291-312

[5] 高畠創(2025)「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」『商大ビジネスレビュー』第15巻第2号、pp. 133-172

[6] 服部奈緒(2013)「中小病院の病床再編戦略の考え方-病床機能分化に向けて-」『商大ビジネスレビュー』 第3巻第1号、pp. 373-387

[7] 森田正美(2017)「中規模地域医療支援病院の経営戦略 ーSWOT 分析と病床再編シミュレーションによる検討ー」『商大ビジネスレビュー』第 7 巻第 2 号、pp. 192-218

[8] 吉岡信也(2025)「中核都市の中小規模ケアミックスA病院の病院機能と経営戦略に関する検討〜「新たな地域医療構想」を踏まえて〜」『商大ビジネスレビュー』第15巻第2号、pp. 240-266

引用ホームページ

[1] 令和 8 年度診療報酬改定の基本方針 令和 7 年 12 月 9 日社会保障審議会医療保険部会 社会保障審議会医療部会
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_66904.html
(2026 年 4 月 29 日アクセス)

[2]　2040 年に向けたサービス提供体制等のあり方に関する中間とりまとめ社会保障審議会介護保険部会(第 119 回)資料 1－2
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_57156.html
(2026 年 4 月 29 日アクセス)
[3]　新たな地域医療構想策定ガイドラインについて(区域・医療機関機能、医療と介護の連携、構想策定のあり方)令和 7 年 8 月 27 日第 3 回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会
https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001658810.pdf
(2026 年 4 月 29 日アクセス)
[4]　京都府地域包括ケア構想(地域医療 ビジョン)の振り返りについて　令和 8 年 3 月 2 日 京都市域地域医療構想調整会議
https://www.pref.kyoto.jp/tango/ho-tango/documents/siryo002.pdf
(2026 年 4 月 29 日アクセス)
[5]　京都府地域包括ケア構想について(京都府における地域医療構想)2022 年
https://www.pref.kyoto.jp/iryo/block4/documents/03_siryou1.pdf
(2026 年 4 月 29 日アクセス)
[6]　2025 年 1 月 30 日 医療介護福祉政策研究フォーラム 2025 新春座談会「医療提供体制改革の展望 －医療機関の機能分化と連携、医師偏在対策を中心に－」
http://www.mcw-forum.or.jp/report-newyear.html
(2026 年 4 月 29 日アクセス)
[7]　京都市地域包括ケアの推進について～2040 を見据えて～令和 7 年 3 月 21 日 京都市健康福祉部高齢者支援課
https://www.pref.kyoto.jp/kaigo/documents/siryou6.pdf
(2026 年 4 月 29 日アクセス)
[8]　外来医療計画関連資料　第 16 回第 8 次医療計画等に関する検討会令和 4 年 10 月 26 日
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_28786.html
(2026 年 6 月 7 日アクセス)
[9]　公益財団法人　日本心臓財団
https://www.jhf.or.jp/
(2026 年 6 月 7 日アクセス)
[10] 令和 6 年(2024) 人口動態統計月報年計(概数の概況)

https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/geppo/nengai24/index.html(2026年6月7日アクセス)
[11] 第11回新たな地域医療構想等に関する検討会　令和6年11月8日　厚生労働省
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_45163.html
(2026年7月20日アクセス)
[12] 令和8年度診療報酬改定 3.急性期・高度急性期入院医療 厚生労働省
https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001671032.pdf
(2026年7月20日アクセス)
[13] 医師の配置基準　厚生労働省
https://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/03/s0311-5a5.html
(2026年7月20日アクセス)
[14] 職業情報提供サイトjob tag 厚生労働省
https://shigoto.mhlw.go.jp/User/Occupation/Detail/404
(2026年7月20日アクセス)
[15] 新たな地域医療構想策定ガイドラインについて（高齢者救急、医療機関機能）
令和7年12月12日 第8回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会 資料1
厚生労働省
https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001634544.pdf
(2026年7月20日アクセス)
[16] 地域包括ケア推進病棟協会
https://chiiki-hp.jp/about-hcc
(2026年7月20日アクセス)
[17] 第7回救急・災害医療提供体制等に関するワーキンググループ令和4年10月5日
https://www.mhlw.go.jp/content/10802000/001125468.pdf
(2026年8月9日アクセス)
[18] 設立母体・病床規模別の病院数と割合　グローバルヘルスコンサルティングジャパン
https://www.ghc-j.com/news/pressrelease/news-7393/
(2026年8月9日アクセス)