公的病院の価値創出構造に関する研究
－済生会病院群における医療機能分類別分析－

田尾　伸幸

キーワード：公的病院、価値創出構造、医療機能分類、価値創出ポートフォリオ、経営戦略

１．はじめに

近年、病院経営を取り巻く環境は、新型コロナウイルス感染症の流行を契機として大きく変化している。人口減少と高齢化に伴う医療需要の変化、診療報酬制度の改定、人件費や物価の上昇、医療従事者の不足、地域医療構想の推進などが重なり、病院経営の不確実性を高めている。特に公的病院は、急性期医療、救急医療、へき地医療、不採算医療など、地域で必要とされながら必ずしも収益性の高くない医療を担っており、社会的役割の維持と経営の持続可能性の両立が重要な課題となっている（丸山, 2020）。

このような状況下で、公的病院には、高度急性期医療や専門医療を担う大規模病院がある一方、急性期、回復期、地域包括ケア、慢性期、在宅医療などを組み合わせ、地域住民の暮らしを支える病院も存在する。高度急性期医療を担う病院は、高い診療単価や多くの手術・救急実績を有する反面、専門職の配置、高額医療機器、診療材料・医薬品、保守管理、24 時間救急体制の維持など、多額の費用を必要とする。また、小規模な地域病院も、患者数や収益規模が限られるなかで、医療アクセスを維持するために一定の人員、病床、設備を確保しなければならない。このため、公的病院の地域での役割や社会的価値は、必ずしも医業利益率の高さとして表れるとは限らない。

これまでの医療経営研究では、黒字病院と赤字病院の比較を通じて財務特性や経営指標の差異が検討されてきた。左右田（2016）は済生会病院群における収益構造・費用構造の違いを示し、久保（2021）は人件費や材料費などの費用構造と経営成果との関連

を指摘している。また、髙橋（2018）は、病院価値とBSCを手掛かりに非営利組織としての病院経営の方向を論じている。しかし、医療機能が異なる病院を財務成果のみで一律に評価することには限界がある。医療は診療報酬制度によって収益構造が制度的に規定されるため、財務指標に加えて、投入された医療資源がどのような医療機能や社会的役割の発揮に結びついているかを捉える視点が必要である。さらに、地域医療構想や地域包括ケアシステムの推進を踏まえると、個別医療機関の収益性だけでなく、地域全体の医療提供体制の中で各病院の役割を評価することが重要となる。

社会福祉法人恩賜財団済生会は、公的性格を有する医療機関群として全国に多様な病院を展開し、同一法人内に黒字病院と赤字病院が併存している。藤本ら（2021）はDPCデータを用いて済生会病院群が日本の急性期医療で果たす役割を明らかにし、藤本ら（2022）は新型コロナウイルス感染症流行下における受診動向の変化を報告している。また、坪井（2018）は、戦前期の済生会に内在する社会連帯思想と医療保護事業の歴史的特性を明らかにしている。こうした背景から、済生会は医療提供に加えて社会的役割を担ってきた組織として位置づけられる。

以上を踏まえ、本研究では、公的病院の経営成果を黒字・赤字という結果だけで評価するのではなく、医療機能と資源投入の組み合わせによって形成される「価値創出構造」として捉える。具体的には、済生会病院群を医療機能に基づいてA〜Dの4分類に整理し、各分類における診療機能、生産性、費用構造および財務成果の関係を統計学的に検討する。単一の黒字要因を探索するのではなく、医療機能の違いに応じて、どのような機能と資源投入の組み合わせが経営成果と関連するのかを明らかにする点に本研究の特徴がある。さらに、その結果を価値創出ポートフォリオと機能戦略の判断枠組みに展開し、各病院が「何を守るか」「何を変えるか」「どのように提供するか」という機能戦略の選択につなげる判断の枠組みとして提示することを目指す。

２．本研究の目的

本研究の目的は、社会福祉法人恩賜財団済生会が運営する全国82病院を対象として、A〜Dの医療機能分類別に、診療機能、生産性、費用構造および財務成果の関係を分析し、公的病院の価値創出構造を明らかにすることである。済生会病院群には、高度急性期医療を担う大規模病院から、地域急性期、回復期、地域包括ケア、小規模な地域病院まで多様な施設が含まれる。そのため、済生会本部の病院経営状況を基礎として整理したA〜D分類（表１）を用い、担う医療機能の違いを踏まえて比較する。

具体的には、2024 年度の分類間比較、2019～2024 年度の分類別関連分析、価値創出スコアによる二軸評価を順に行い、分類ごとの価値創出構造を探索的に検討する。加えて、分類変更施設の推移を探索的に確認するとともに、A～D 分類と価値創出ポートフォリオによる現在位置の診断、地域需要等を踏まえた役割適合性の確認、個別要因の分解、機能戦略の選択、経年的な再評価からなる「価値創出型機能戦略フレームワーク」を提示する。さらに、個別病院の自律性を前提として、病院群全体の課題分布を俯瞰し、法人・支部による支援、情報共有、共同化の優先順位を検討するポートフォリオ・マネジメントへの展開可能性について考察する。

本研究では、仮説を事前に設定するのではなく、以下の３つの研究課題（Research Questions：RQ）に沿って結果を整理する。

RQ１：A～D の医療機能分類によって、診療機能、生産性、費用構造等の経営特性は異なるか。

RQ２：各分類において、コロナ関連補助金除外後医業利益率（以下、医業利益率_補助除外）と関連する項目はどのように異なるか。

RQ３：価値創出と医業利益を組み合わせた二軸評価により、分類ごとの価値創出構造はどのようなパターンとして可視化されるか。

表１：ABCD 分類の定義

分類	名称	分類の定義	価値創出の分析視点
A 分類	高度急性期・医療集積型	急性期一般入院料１あり、かつ地域一般・地域包括医療・地域包括ケア・回復期リハ・療養なし	高度急性期機能が診療密度・生産性・資金創出に結びつくか。
B 分類	急性期・包括期接続型	急性期一般入院料１あり、かつ地域一般・地域包括医療・地域包括ケア・回復期リハ・療養あり	急性期から包括期・回復期への接続が稼働・効率・収益に結びつくか。
C 分類	地域急性期基盤型	急性期一般入院料 2～6 あり	地域の一般急性期・救急・入院機能を安定的に維持できているか。
D 分類	地域アクセス・セーフティネット型	上記いずれにも該当しない	地域アクセスと医療継続性をどの程度維持できているか。

（出所：済生会本部の病院経営状況より筆者作成）

３．方法

3-1. 対象データ

本研究では、済生会本部から使用許可を得た「病院の経営に関する資料＋財務３表」の 2019～2024 年度データを使用した。済生会の財務資料では、一般的な病院会計における医業利益に相当する項目として「サービス活動増減差額」が用いられているため、本研究では同項目を医業利益に相当する指標として扱った。

分析対象は、済生会病院群 82 施設である。対象期間は 2019～2024 年度の６年間であり、82 施設すべてについて各年度のデータがそろった場合、最大 492 施設・年度（観測）となる。このうち、医療機能分類を確認できた有効観測数は 484 施設・年度であった。分類別の延べ観測数は、A 分類 148、B 分類 154、C 分類 110、D 分類 72 である。そのうち、2024 年度の対象施設数は、A 分類 27 施設、B 分類 19 施設、C 分類 23 施設、D 分類 13 施設で、合計 82 施設であった（表２）。また、対象期間内に医療機能分類が変更された施設は 15 施設であった。年度別にみると、2021 年度には C 分類から D 分類へ２施設、2022 年度には B 分類から A 分類へ１施設、C 分類から B 分類へ１施設が変更された。2023 年度には、B 分類から A 分類へ２施設、A 分類から B 分類へ１施設、B 分類から C 分類へ２施設が変更され、2024 年度には B 分類から C 分類へ６施設が変更されており、2023 年度以降は B 分類から C 分類への変更が多く認められた。

分析に用いた指標は、病院の特徴を多面的に把握するため、機能性、診療実績、急性期機能、地域連携、人的構成、収益性、費用構造、生産性、安全性、回転率の 10 領域に整理した。具体的には、病床稼働率、診療単価、手術件数、救急患者数、紹介率・逆紹介率、職員数、医業利益率、人件費率、職員１人当たり医業収益、自己資本比率、総資本回転率などを使用した（表３）。これらのデータを用いて、医療機能分類ごとの特徴と、医療機能、費用構造および財務成果の関係を検討した。

表２：ABCD 分類別の年度別観測数

分類	2019	2020	2021	2022	2023	2024	全期間
A	23	23	24	24	27	27	148
B	28	28	27	27	25	19	154
C	19	18	17	16	17	23	110
D	10	11	12	13	13	13	72

表３：領域別の活用データ（2019〜2024 年度）

領域	指標	評価内容	対象n	有効n	欠損n	有効率
機能性	病床稼働率	病床資源の利用度	484	244	240	50.4%
機能性	入院・外来比率	入院と外来の機能構成	484	483	1	99.8%
機能性	入院診療単価	入院医療の診療密度	484	403	81	83.3%
機能性	外来診療単価	外来医療の診療密度	484	403	81	83.3%
機能性	1床当たり1日平均外来患者数	外来機能の大きさ	484	403	81	83.3%
機能性	使用許可病床数	病院規模	484	484	0	100.0%
機能性	稼働病床数	実際に運用している病床	484	484	0	100.0%
機能性	病棟数	病棟構成	484	484	0	100.0%
機能性	患者1人1日平均リハ単位	回復期機能	484	55	429	11.4%
機能性	セラピスト1人1日平均単位	リハ提供効率	484	54	430	11.2%
診療実績	外来延べ患者数	外来診療量	484	403	81	83.3%
診療実績	入院延べ患者数	入院診療量	484	403	81	83.3%
急性期	手術件数	急性期・手術機能	484	457	27	94.4%
急性期	全身麻酔件数	高度手術機能	484	409	75	84.5%
急性期	救急患者総数	救急受入量	484	453	31	93.6%
急性期	救急車受入要請件数	救急需要・要請数	484	52	432	10.7%
急性期	救急応需率	救急受入能力	484	51	433	10.5%
地域連携	患者紹介率	地域からの受入機能	484	483	1	99.8%
地域連携	患者逆紹介率	地域への戻し・機能分化	484	164	320	33.9%
人的構成	医師数	医師体制	484	484	0	100.0%
人的構成	看護職員数	看護体制	484	484	0	100.0%
人的構成	薬剤師数	薬剤体制	484	484	0	100.0%
人的構成	総職員数	全体の人員投入量	484	484	0	100.0%
収益性	医療事業収益	事業規模	484	484	0	100.0%
収益性	医業利益率	医業収益性	484	484	0	100.0%
収益性	経常利益率	総合収益性	484	484	0	100.0%
収益性	医業利益率_補助除外	本業の採算性（補助除外）	484	484	0	100.0%
収益性	償却前医業利益率_補助除外	設備負担控除前の稼ぐ力	484	484	0	100.0%
費用構造	人件費率_補助除外	人的コスト圧力	484	484	0	100.0%
費用構造	材料費率_補助除外	材料コスト圧力	484	484	0	100.0%
費用構造	医薬品費率_補助除外	医薬品コスト圧力	484	484	0	100.0%
費用構造	委託費率_補助除外	外部委託コスト圧力	484	484	0	100.0%
費用構造	減価償却費率_補助除外	設備投資負担	484	484	0	100.0%
生産性	職員1人当たり医業収益_補助除外	人的生産性	484	484	0	100.0%
生産性	1床当たり医業収益_補助除外	病床生産性	484	484	0	100.0%
安全性	自己資本比率	財務耐久力	484	484	0	100.0%
安全性	流動比率	短期支払能力	484	484	0	100.0%
安全性	EBITDA_補助除外	資金創出力	484	484	0	100.0%
回転率	総資本回転率	総資本の活用効率	484	484	0	100.0%
回転率	固定資産回転率	固定資産の活用効率	484	483	1	99.8%

3-2. 欠損値とエラーの処理

「病院の経営に関する資料＋財務３表」には一部に空欄があり、指標の算出過程でExcel 上のエラー値が生じた項目も認められた。これらは統計解析上の欠損値として扱った。空欄を一律に０とすると、実績ゼロ、未回答、機能上の非該当を混同する可能性があるため、原則として欠損値として処理した。

病床稼働率、リハビリテーション提供量、救急応需率、患者逆紹介率などには欠損が多く、主分析ではデータ充足率の高い指標を中心に用いた。欠損の多い指標は、有効観測数を明示したうえで探索的分析または分類特性を補足する分析に限定した（表４）。特に、患者１人１日平均リハ単位などのリハビリテーション関連指標や救急応需率は有効観測数が限られるため、相関分析で候補として抽出された場合も確定的な価値創出要因とはせず、探索的所見として解釈した。

表４：主要指標の有効データ率と分析上の扱い

指標	A	B	C	D	分析上の扱い
病床稼働率	52.7% (n=78)	46.1% (n=71)	50.9% (n=56)	54.2% (n=39)	欠損に注意して使用
入院診療単価	84.5% (n=125)	81.2% (n=125)	82.7% (n=91)	86.1% (n=62)	欠損に注意して使用
患者１人１日平均リハ単位	0.0% (n=0)	13.0% (n=20)	19.1% (n=21)	19.4% (n=14)	観測数に留意し、探索的分析に使用
セラピスト１人１日平均単位	0.0% (n=0)	13.0% (n=20)	18.2% (n=20)	19.4% (n=14)	観測数に留意し、探索的分析に使用
救急応需率	13.5% (n=20)	9.7% (n=15)	12.7% (n=14)	2.8% (n=2)	観測数に留意し、探索的分析に使用
患者逆紹介率	36.5% (n=54)	28.6% (n=44)	36.4% (n=40)	36.1% (n=26)	補足分析に限定

3-3. 統計解析

第一に、記述統計量を算出し、A～D 分類ごとの基本的な特徴を把握した。各指標には分布の歪みや外れ値が含まれる可能性があるため、中央値および四分位範囲（IQR）を中心に示した。これにより、平均値のみでは捉えにくい各分類の分布特性を含めて把握することとした。

第二に、2024 年度の単年度データを対象として Kruskal-Wallis 検定を行い、A～D の４群間における分布の差を検証した。各指標には非正規分布や外れ値が含まれる可能性があるため、正規性を前提としない順位に基づく検定を用いた。あわせて効果量 ε^2 を算出し、p 値だけでなく群間差の大きさも確認した。有意水準は 5%とした。これらにより、統計学的有意性と実質的な群間差の双方から、各分類の特徴を確認した。

第三に、分類ごとの価値創出項目候補を抽出するため、2019～2024 年度の全期間データを対象として Pearson の相関係数を算出した。探索的な候補抽出基準として｜r｜≧0.25 の指標を基本候補とし、そのうち｜r｜≧0.40 かつ p＜0.10 を満たす指標を関連の強い候補とした。さらに、2024 年度における関連方向の一致、単回帰分析、有効観測数および経営的な解釈可能性を総合して、分類ごとの主要候補を選定した。多数の指標を扱う探索的分析であるため、個々の p 値のみで候補を決定せず、関連の方向と大きさ、データ充足度を併せて解釈した。この手順により、単年度のみの関係ではなく、対象期間を通じて一定の関連を示す指標を中心に候補として整理した。

第四に、相関分析で抽出された候補について分類別に重回帰分析を行った。目的変数には医業利益率_補助除外を用い、各分類の医療機能候補およびコスト圧力候補を説明変数として投入した。欠損値を含む観測は分析ごとに除外し、回帰係数、p 値、決定係数および調整済み決定係数を確認した。なお、同一病院の複数年度データを含み、病院内相関を明示的に統制していないため、本分析は独立した因果効果の推定ではなく、分類別の関連構造を把握する探索的分析として位置づけた。

第五に、2019～2024 年度について医業利益率_補助除外の年度別推移を記述的に確認した。本分析は分類ごとの経年パターンを把握することを目的とし、年度間の差や外部環境の因果効果を直接検証するものではない。このため、経年変化については因果関係としてではなく、年度別の推移および傾向として解釈した。

第六に、分類ごとに選定した医療機能候補およびコスト圧力候補を用いて、価値創出スコアを探索的に作成した。各指標は、各年度・各分類内の対象施設の平均値・標準偏差を基準とし、個別病院の指標値から平均値を差し引き、標準偏差で除して標準化した。医療機能を示す各標準化値の算術平均を「医療機能スコア」、コスト負担を示す

各標準化値の算術平均を「コスト圧力スコア」とした。各構成指標の重み付けは均等とし、医療機能スコアからコスト圧力スコアを差し引いた値を「価値創出スコア」とした。さらに、価値創出スコア０を高価値・低価値の境界、医業利益率_補助除外０％を黒字・赤字の操作的な境界とし、二軸評価マトリクスを作成した。なお、本スコアは患者アウトカムや医療の質を直接測定するものではなく、医療機能とコスト圧力の分類内での相対的な均衡を示す操作的指標である。また、構成指標には医業利益率_補助除外と構造的に関連する費用率が含まれ、候補選定自体にも医業利益率との関連を用いているため、両者の関係は独立した妥当性検証ではなく、分類別の経営構造を可視化する探索的分析として解釈した。

第七に、対象期間内に医療機能分類が変更された施設のうち、2023 年度または 2024 年度に B 分類から A 分類または C 分類へ移行した 10 施設について、変更前後の価値創出スコアと医業利益率_補助除外を探索的に追跡した。価値創出スコアは分類ごとに構成指標と標準化集団が異なるため、変更前後のスコア差を同一尺度上の絶対的な変化量とはみなさず、各分類内における相対的位置の変化として解釈した。また、対象施設数が限られることから、分類変更による効果を検証するものではなく、分類変更前後にみられる経営指標の変化を記述的に把握する分析とした。

４．結果

4-1. 2024 年度の分類別記述統計

2024 年度の主要指標の中央値では、職員１人当たり医業収益、１床当たり医業収益、入院診療単価および外来診療単価はいずれも A 分類が最も高かった。人件費率は A 分類 51.2%、B 分類 55.6%、C 分類 63.3%、D 分類 68.4%であった（表５）。全体として、A 分類ほど収益・生産性に関する指標が高く、D 分類に近づくほど人件費率が高い傾向がみられた。

医業利益率_補助除外の中央値は、A 分類-1.8%、B 分類-4.8%、C 分類-5.1%、D 分類-2.6%であった。４分類すべてで中央値は０％を下回っており、A 分類が最も０％に近く、C 分類が最も低かった。一方で、医業収益や診療単価などの規模・機能を示す指標で A 分類が高値を示していることと、医業利益率_補助除外の水準は必ずしも一致していなかった。

表５：2024 年度の ABCD 分類別主要指標中央値

領域	指標	A	B	C	D
収益性	医業利益率_補助除外	-1.8%	-4.8%	-5.1%	-2.6%
収益性	償却前医業利益率_補助除外	3.6%	3.1%	1.1%	4.8%
安全性	EBITDA_補助除外	654,207	206,965	51,605	111,519
生産性	職員１人当たり医業収益_補助除外	14,573	11,724	9,935	9,059
生産性	１床当たり医業収益_補助除外	36,352	25,914	18,814	13,977
費用構造	人件費率_補助除外	51.2%	55.6%	63.3%	68.4%
機能性	病床稼働率	83.5%	83.1%	82.9%	88.3%
機能性	入院診療単価	82,461	60,310	42,555	36,459
機能性	外来診療単価	21,083	16,069	13,124	9,527
資産効率	総資本回転率	92.6%	86.5%	88.9%	57.9%
財務安定性	自己資本比率	49.3%	40.1%	11.2%	61.1%
財務安定性	流動比率	164.2%	180.1%	108.5%	251.4%
病院規模	使用許可病床数	400	251	199	96
地域連携	患者紹介率	79.7%	71.5%	53.6%	41.6%
地域連携	患者逆紹介率	107.5%	89.3%	39.4%	40.6%
急性期機能	手術件数	8,405	3,632	1,103	93
急性期機能	救急患者総数	8,551	6,275	2,217	146

4-2. 2024 年度の 4 分類比較

Kruskal-Wallis 検定の結果、2024 年度の A～D 分類間では、機能性、診療実績、急性期機能、地域連携、人的構成、収益規模、費用構造および生産性に関する多くの指標で有意差が認められた(表６)。主な効果量は、入院診療単価 ε^2=0.83、医師数 ε^2=0.79、医療事業収益 ε^2=0.77、総職員数 ε^2=0.74、看護職員数 ε^2=0.72、救急患者総数 ε^2=0.69、職員１人当たり医業収益 ε^2=0.69 であった。特に、診療単価、人的資源、収益規模および救急診療実績に関する指標では、分類間の差が大きかった。

病床稼働率、救急応需率、医業利益率、経常利益率、医業利益率_補助除外、償却前医業利益率_補助除外、委託費率_補助除外、減価償却費率_補助除外、自己資本比率および流動比率では、統計学的な有意差を認めなかった。医業利益率_補助除外は H=4.0、p=0.259、ε^2=0.01 であった。

表６：2024 年度の ABCD 分類間比較（Kruskal-Wallis 検定）

領域	指標	A有効n	B有効n	C有効n	D有効n	H統計量	p値	効果量 ε^2
機能性	病床稼働率	27	19	23	13	3.4	0.337	0.00
機能性	入院・外来比率	27	19	23	13	18.1	<0.001	0.19
機能性	入院診療単価	27	19	23	13	67.5	<0.001	0.83
機能性	外来診療単価	27	19	23	13	50.9	<0.001	0.61
機能性	1床当たり1日平均外来患者数	27	19	23	13	23.6	<0.001	0.26
機能性	使用許可病床数	27	19	23	13	40.3	<0.001	0.48
機能性	稼働病床数	27	19	23	13	40.4	<0.001	0.48
機能性	病棟数	27	19	23	13	42.4	<0.001	0.51
診療実績	外来延べ患者数	27	19	23	13	53.7	<0.001	0.65
診療実績	入院延べ患者数	27	19	23	13	38.1	<0.001	0.45
急性期	手術件数	27	19	23	8	52.7	<0.001	0.68
急性期	全身麻酔件数	27	19	21	1	39.3	<0.001	0.57
急性期	救急患者総数	27	19	23	8	53.6	<0.001	0.69
急性期	救急車受入要請件数	20	15	14	3	35.2	<0.001	0.67
急性期	救急応需率	20	15	14	2	3.9	0.270	0.02
地域連携	患者紹介率	26	19	23	13	25.3	<0.001	0.29
地域連携	患者逆紹介率	27	19	23	13	36.6	<0.001	0.43
人的構成	医師数	27	19	23	13	64.7	<0.001	0.79
人的構成	看護職員数	27	19	23	13	58.9	<0.001	0.72
人的構成	薬剤師数	27	19	23	13	54.8	<0.001	0.66
人的構成	総職員数	27	19	23	13	60.4	<0.001	0.74
収益性	医療事業収益	27	19	23	13	62.7	<0.001	0.77
収益性	医業利益率	27	19	23	13	4.0	0.259	0.01
収益性	経常利益率	27	19	23	13	4.2	0.240	0.02
収益性	医業利益率_補助除外	27	19	23	13	4.0	0.259	0.01
収益性	償却前医業利益率_補助除外	27	19	23	13	3.7	0.300	0.01
費用構造	人件費率_補助除外	27	19	23	13	46.0	<0.001	0.55
費用構造	材料費率_補助除外	27	19	23	13	55.5	<0.001	0.67
費用構造	医薬品費率_補助除外	27	19	23	13	44.7	<0.001	0.53
費用構造	委託費率_補助除外	27	19	23	13	7.2	0.065	0.05
費用構造	減価償却費率_補助除外	27	19	23	13	5.3	0.148	0.03
生産性	職員1人当たり医業収益_補助除外	27	19	23	13	57.1	<0.001	0.69
生産性	1床当たり医業収益_補助除外	27	19	23	13	52.7	<0.001	0.64
安全性	自己資本比率	27	19	23	13	6.4	0.092	0.04
安全性	流動比率	27	19	23	13	4.9	0.178	0.02
安全性	EBITDA_補助除外	27	19	23	13	9.2	0.027	0.08
回転率	総資本回転率	27	19	23	13	13.2	0.004	0.13
回転率	固定資産回転率	26	19	23	13	8.7	0.034	0.07

4-3. 相関分析による価値創出項目候補

相関分析により、A～D 分類ごとに医業利益率_補助除外と関連する項目候補を抽出し、相関係数、p 値、2024 年度の関連方向および有効観測数を示した（表７）。各分類の上位５項目を主要候補として整理した。

A 分類では、人件費率（r=−0.64）、病床稼働率（r=0.62）、委託費率（r=−0.52）、１床当たり医業収益（r=0.50）、自己資本比率（r=0.40）が主要候補となった。2024 年度においても、５項目すべてで関連方向が一致した。

B 分類では、人件費率（r=−0.66）、病床稼働率（r=0.55）、委託費率（r=−0.38）、職員１人当たり医業収益（r=0.33）、減価償却費率（r=−0.29）が主要候補となった。2024 年度においても、５項目すべてで関連方向が一致した。

C 分類では、病床稼働率（r=0.60）、人件費率（r=−0.58）、患者１人１日平均リハ単位（r=0.51）、減価償却費率（r=−0.46）、委託費率（r=−0.43）が主要候補となった。患者１人１日平均リハ単位の全期間の有効観測数は 21、2024 年度は 12 であった。

D 分類では、セラピスト１人１日平均単位（r=0.88）、患者逆紹介率（r=−0.86）、人件費率（r=−0.84）、救急車受入要請件数（r=−0.84）、減価償却費率（r=−0.83）が上位候補となった。セラピスト１人１日平均単位と患者逆紹介率は 2024 年度に関連方向が一致せず、救急車受入要請件数の全期間の有効観測数は 3 であった。

全分類で人件費率は医業利益率_補助除外と負の相関を示した。病床稼働率は A〜C 分類で主要候補となり、いずれも正の相関を示した。その他の主要候補は分類によって異なった。

表７：ABCD 分類別の価値創出項目候補（相関分析）

分類	指標	候補区分	全期間 n	相関係数 r	p値	単回帰 R2	2024 n	2024 相関係数r	2024 方向確認
A	人件費率_補助除外	コスト圧力	148	−0.64	<0.001	0.40	27	−0.72	方向一致
A	病床稼働率	医療機能	78	0.62	<0.001	0.39	27	0.62	方向一致
A	委託費率_補助除外	コスト圧力	148	−0.52	<0.001	0.27	27	−0.65	方向一致
A	1床当たり医業収益_補助除外	医療機能	148	0.50	<0.001	0.25	27	0.65	方向一致
A	自己資本比率	医療機能	148	0.40	<0.001	0.16	27	0.42	方向一致
B	人件費率_補助除外	コスト圧力	154	−0.66	<0.001	0.44	19	−0.63	方向一致
B	病床稼働率	医療機能	71	0.55	<0.001	0.31	19	0.42	方向一致
B	委託費率_補助除外	コスト圧力	154	−0.38	<0.001	0.14	19	−0.72	方向一致
B	職員1人当たり医業収益_補助除外	医療機能	154	0.33	<0.001	0.11	19	0.39	方向一致
B	減価償却費率_補助除外	コスト圧力	154	−0.29	<0.001	0.09	19	−0.27	方向一致
C	病床稼働率	医療機能	56	0.60	<0.001	0.36	23	0.38	方向一致
C	人件費率_補助除外	コスト圧力	110	−0.58	<0.001	0.33	23	−0.60	方向一致
C	患者1人1日平均リハ単位	医療機能	21	0.51	0.018	0.26	12	0.43	方向一致
C	減価償却費率_補助除外	コスト圧力	110	−0.46	<0.001	0.21	23	−0.50	方向一致
C	委託費率_補助除外	コスト圧力	110	−0.43	<0.001	0.19	23	−0.50	方向一致
D	セラピスト1人1日平均単位	医療機能	14	0.88	<0.001	0.78	7	−0.32	方向不一致
D	患者逆紹介率	医療機能	26	−0.86	<0.001	0.74	13	0.25	方向不一致
D	人件費率_補助除外	コスト圧力	72	−0.84	<0.001	0.71	13	−0.37	方向一致
D	救急車受入要請件数	医療機能	3	−0.84	0.366	0.70	3	−0.84	方向一致
D	減価償却費率_補助除外	コスト圧力	72	−0.83	<0.001	0.70	13	−0.25	方向一致

4-4. 回帰分析による確認

相関分析で抽出された候補をもとに、A〜D 分類別に重回帰分析を実施した。目的変数には医業利益率_補助除外を用い、説明変数には各分類の医療機能指標およびコスト圧力指標を投入した（表８）。

A 分類では、病床稼働率が正、人件費率および委託費率が負の有意な係数を示した。B 分類では、人件費率、委託費率および職員１人当たり医業収益が負の有意な係数を示した。職員１人当たり医業収益は単相関では正であり、重回帰分析では係数の方向が逆転した。C 分類および D 分類では、病床稼働率が正、人件費率、減価償却費率および委託費率が負の有意な係数を示した。D 分類では、上位候補の一部に欠損や方向不一致が認められたため、データ充足度と経営的解釈可能性を考慮して説明変数を選定した。

各モデルの決定係数 R^2（調整済み R^2）は、A 分類 0.58（0.55）、B 分類 0.68（0.66）、C 分類 0.80（0.78）、D 分類 0.95（0.94）であった。

表８：分類別重回帰分析の結果（目的変数：医業利益率_補助除外）

分類	説明変数	有効 n	R^2	調整 R^2	主な回帰係数
A	人件費率_補助除外、病床稼働率、委託費率_補助除外、1 床当たり医業収益_補助除外	78	0.58	0.55	人件費率_補助除外（B=−0.257, p=0.008） 病床稼働率（B=0.121, p=0.023） 委託費率_補助除外（B=−0.577, p=0.022）
B	人件費率_補助除外、病床稼働率、委託費率_補助除外、職員１人当たり医業収益_補助除外	71	0.68	0.66	人件費率_補助除外（B=−0.865, p<0.001） 委託費率_補助除外（B=−0.964, p<0.001） 職員１人当たり医業収益_補助除外 （B=-1.81×10^{-5}, p<0.001）
C	病床稼働率、人件費率_補助除外、減価償却費率_補助除外、委託費率_補助除外	56	0.80	0.78	病床稼働率（B=0.307, p<0.001） 人件費率_補助除外（B=−0.616, p<0.001） 減価償却費率_補助除外（B=−0.725, p<0.001） 委託費率_補助除外（B=−1.251, p<0.001）
D	人件費率_補助除外、減価償却費率_補助除外、委託費率_補助除外、病床稼働率	39	0.95	0.94	人件費率_補助除外（B=−1.157, p<0.001） 減価償却費率_補助除外（B=−1.183, p<0.001） 委託費率_補助除外（B=−1.791, p<0.001） 病床稼働率（B=0.306, p<0.001）

4-5. 経年分析

2019～2024 年度の医業利益率_補助除外の平均値を確認すると、A 分類では 2019 年度-0.7%から 2024 年度-3.0%へ、B 分類では 0.1%から-5.3%へ、C 分類では-1.8%から-6.9%へ、D 分類では 0.9%から-3.3%へ全分類で低下した（表９）。

全分類で 2020 年度に医業利益率_補助除外が低下した。その後、A 分類は 2021 年度以降おおむね-2～-3%台で推移し、B 分類は 2022 年度以降-4%台から-5%台で推移した。C 分類は 2020 年度-9.4%、2022 年度-8.9%、2024 年度-6.9%であり、D 分類は 2023 年度-12.4%から 2024 年度-3.3%へ変化した。

表９：医業利益率_補助除外の年度推移（平均）

分類	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2019→2024
A	-0.7%	-3.2%	-1.8%	-3.4%	-3.2%	-3.0%	-2.3%
B	0.1%	-3.4%	-2.1%	-4.7%	-5.5%	-5.3%	-5.4%
C	-1.8%	-9.4%	-4.7%	-8.9%	-7.5%	-6.9%	-5.1%
D	0.9%	0.8%	1.0%	-1.5%	-12.4%	-3.3%	-4.2%

4-6. 価値創出スコアによる二軸評価

2024 年度の分類別散布図では、価値創出スコアが高い側に位置する施設ほど、医業利益率_補助除外も高い側に分布する傾向がみられた（図１）。

二軸評価マトリクスでは、A 分類は高価値・黒字５施設、高価値・赤字７施設、低価値・黒字１施設、低価値・赤字 14 施設、B 分類は高価値・黒字４施設、高価値・赤字５施設、低価値・黒字０施設、低価値・赤字 10 施設、C 分類は高価値・黒字５施設、高価値・赤字 10 施設、低価値・黒字０施設、低価値・赤字８施設、D 分類は高価値・黒字２施設、高価値・赤字４施設、低価値・黒字１施設、低価値・赤字６施設であった。低価値・黒字に該当する施設は A 分類１施設、D 分類１施設で、B 分類および C 分類には認められなかった。高価値・赤字および低価値・赤字の施設は、A～D のすべての分類に存在した。

さらに、2019～2024 年度に機能分類が変更された施設を探索的に確認した。2023 年度または 2024 年度に B 分類から A 分類または C 分類へ変更した施設は 10 施設であり、分類変更前後の価値創出スコアと医業利益率_補助除外の推移を追跡した（図２）。B 分類から A 分類へ移行した２施設では、変更前の B 分類内スコアは施設 A で 1.760、施設 B で 1.179、変更後の A 分類内スコアはそれぞれ 0.601、0.480 であった。なお、価値

創出スコアは分類ごとに標準化基準が異なるため、これらの差を同一尺度上の増減としては扱わない。一方、医業利益率_補助除外は、施設 A で-4.03%から-1.82%へ 2.21 ポイント、施設 B で-5.87%から-0.69%へ 5.18 ポイント改善した。

B 分類から C 分類へ移行した 8 施設では、変更前の B 分類内スコアが正値であった施設は 1 施設であったのに対し、変更後の C 分類内スコアが正値であった施設は 6 施設であった。8 施設の平均値は、変更前の B 分類内では-1.262、変更後の C 分類内では 0.217 であった。ただし、これらは異なる分類内で標準化された相対的位置を示す値であり、同一尺度上の変化量ではない。

医業利益率_補助除外についても、B 分類から C 分類へ移行した 8 施設中 7 施設で改善が認められた。施設 E のみ 3.00%から 2.50%へ 0.50 ポイント低下したものの、黒字は維持していた。8 施設平均の医業利益率_補助除外は-9.28%から-5.39%へ 3.89 ポイント改善した。特に、分類変更前に赤字であった 7 施設では、すべての施設で赤字幅が縮小し、このうち施設 F および施設 G は 2024 年度に黒字へ転じた。

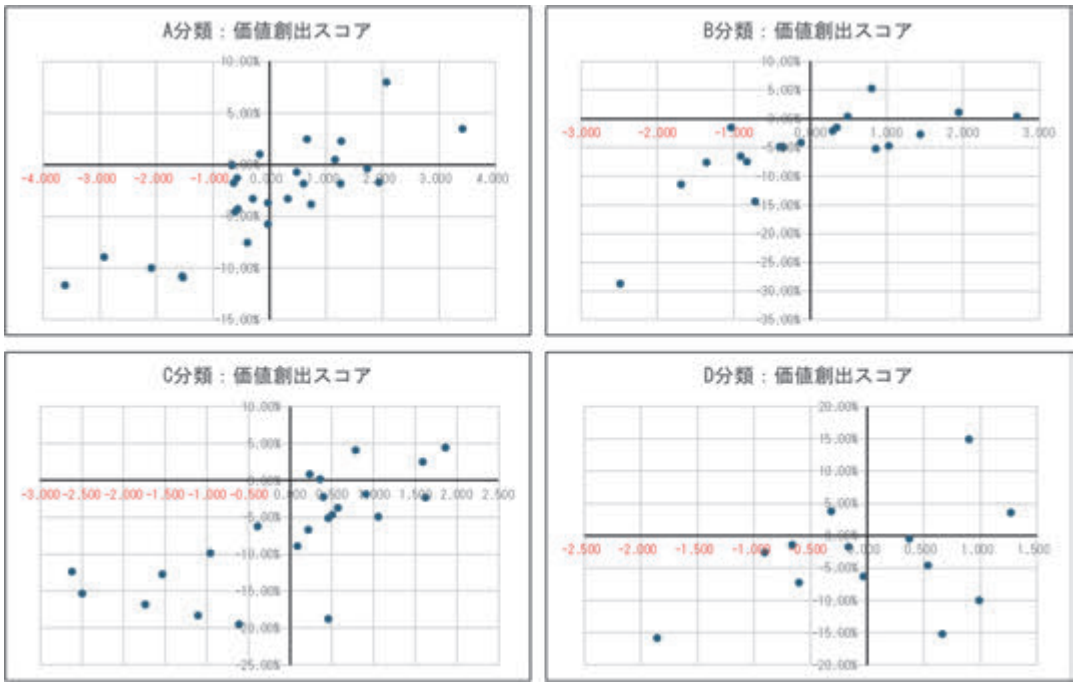

図 1 ：2024 年度価値創出スコアと医業利益率_補助除外の二軸評価

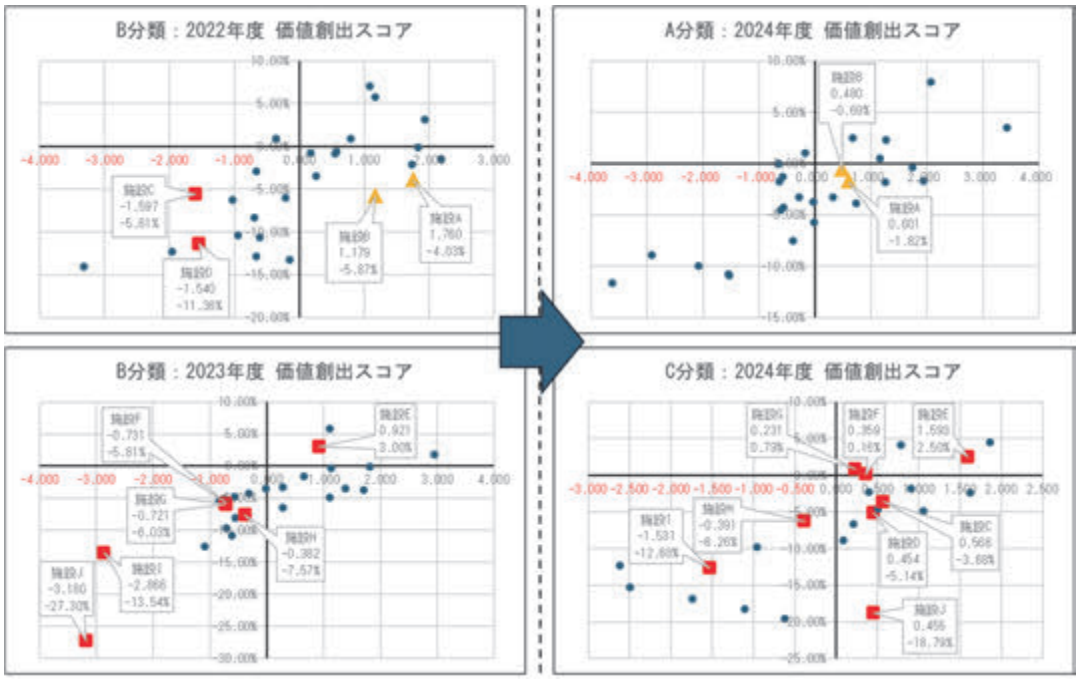

図２：B 分類から A・C 分類へ移行した施設の価値創出スコアと医業利益率_補助除外の変化

５．考察結果

5-1. 研究課題に沿った公的病院の価値創出構造

本研究では、３つの研究課題に沿って、公的病院の経営成果を単純な黒字・赤字としてではなく、医療機能と資源投入の組み合わせによる価値創出構造として検討した。その結果、医療機能分類は病院の機能・規模・資源構成の違いを明確に捉えたものの、それ自体では財務成果を規定せず、経営成果と関連する構造は分類ごとに異なることが示された。

RQ１では、診療単価、手術・救急実績、病院規模、職員数、医療事業収益、人件費率、材料費率、医薬品費率、生産性などに明確な分類差が認められた。一方、医業利益率_補助除外には有意差が認められなかった。すなわち、高度急性期機能を担う病院や大規模病院は、高い診療密度や大きな収益規模を有する反面、それを支える専門職、救急体制、設備等の資源投入も必要とする。また、小規模病院も、地域アクセスを維持するために一定の固定的資源を要する。したがって、病院規模や高度機能の大きさのみから財務的持続可能性を判断することには限界がある。

RQ２では、人件費率が全分類で医業利益率_補助除外と負の関連を示し、病床稼働率

は主としてA〜C分類で正の関連を示した一方、その他の関連項目は分類ごとに異なった。このことは、人的コスト圧力や病床資源の活用に関しては一定の共通性があるものの、価値創出の具体的な構造は担う医療機能によって異なることを示唆する。ただし、人件費率、委託費率、減価償却費率は医業利益率の算定構造と直接関係するため、医業利益率との関連を独立した因果関係として解釈することはできない。また、B分類の職員1人当たり医業収益は単相関と重回帰で符号が逆転しており、多変量モデルにおける他の説明変数との共変動を含む結果として、慎重に解釈する必要がある。

RQ3では、すべての分類に高価値・赤字群が存在し、低価値・黒字群はA分類とD分類の各1施設に限られた。これは、本研究の操作的指標上、医療機能とコスト圧力の均衡が相対的に高い施設であっても、赤字となり得ることを示している。従来の黒字・赤字比較が示してきた財務特性や費用構造の知見（左右田, 2016；久保, 2021）を踏まえると、本研究の意義は、これらを医療機能分類の文脈で捉え直し、財務成果だけでは把握しにくい機能と資源投入の関係を可視化した点にある。

以上より、本研究における公的病院の価値創出とは、地域で必要とされる医療機能を起点として、人的・物的資源を適切に配分し、その投入を医療機能の発揮、生産性および財務的持続可能性へ接続することと捉えられる。公的病院の社会的価値は医業利益率だけでは評価できない一方、赤字が継続し、設備更新、人材確保、教育、安全管理に必要な資金を確保できなければ、その役割も持続しない。したがって、赤字を一律に容認したり、非効率と判断したりするのではなく、地域に不可欠な機能を担うための資源投入と財源の不均衡なのか、機能構成や資源配置に改善余地があるのかを区別することが重要である。価値創出スコアとポートフォリオは、その判断に先立つ相対的な診断指標として位置づけられる。

5-2. 医療機能分類別にみた価値創出構造

5-2-1. A分類：高度急性期・医療集積型

A分類は、入院・外来診療単価、手術件数、救急患者数、職員1人当たり医業収益および1床当たり医業収益が高く、高度急性期機能と症例集積による高い診療密度が特徴であった。回帰分析では、病床稼働率が正、人件費率と委託費率が負に関連した。したがって、A分類では、高度機能を保有すること自体よりも、専門職、病床、設備等の固定的資源を十分な症例量と診療密度へ接続できているかが重要となる。特に高価値・赤字施設では、地域で維持すべき高度急性期機能を確認したうえで、症例集約、手術枠、救急受入れ後の病床運用、設備稼働、委託範囲等を個別に診断する必要がある。

5-2-2. B 分類：急性期・包括期接続型

B 分類は、急性期から地域包括ケア、回復期、療養等まで複数の機能を院内に併せ持つ点に特徴がある。人件費率と委託費率が負に関連し、職員１人当たり医業収益は単相関と重回帰で方向が逆転したことから、単純な人的生産性だけでは評価できない。B 分類の価値は、複数機能の保有そのものではなく、患者の状態に応じて急性期から包括期・回復期、さらに在宅・地域施設へ円滑に移行させる接続性にある。病棟別稼働率、転棟、平均在院日数、退院支援、リハビリテーション、地域連携および人員配置を一体的に把握し、機能の重複を抑えながら院内の患者流動を最適化することが重要である。

5-2-3. C 分類：地域急性期基盤型

C 分類では、病床稼働率が正、人件費率、減価償却費率および委託費率が負に関連した。リハビリテーション提供量も候補となったが、有効観測数が限られるため、探索的所見にとどまった。C 分類は、地域の一般急性期、救急、入院および回復支援を幅広く担う基盤的病院であり、地域から安定的に患者を受け入れ、急性期治療後の機能回復と地域への移行につなげることが価値創出の中心となる。一定規模の人員・設備を維持したまま患者数が減少すれば、コスト負担は相対的に高まるため、病床稼働、救急受入れ、リハビリテーション、地域包括ケア、紹介・逆紹介、在宅支援を地域需要に応じて組み合わせる必要がある。

5-2-4. D 分類：地域アクセス・セーフティネット型

D 分類では、人件費率および減価償却費率が医業利益率_補助除外と強い負の関連を示した。一方、リハビリテーション、患者逆紹介率、救急機能等は欠損や年度間の方向不一致が多く、確定的な解釈は困難である。D 分類は、小規模であっても地域住民の医療アクセス、慢性期医療、在宅復帰、看取り、福祉との連携等を担う可能性があり、急性期実績や診療単価だけでは価値を十分に捉えられない。限られた患者数の中で一定の人員・設備を維持する構造を踏まえ、単独施設内の効率化に加えて、専門職の共同配置、検査・画像診断・医療機器の共同利用、在宅・介護機能との統合、近隣病院との役割分担など、地域単位で資源を共有する視点が必要である。

5-3. 価値創出ポートフォリオと機能変更の示唆

本研究では、横軸を分類内で相対化した価値創出スコア、縦軸を医業利益率_補助除外とする二軸評価を「価値創出ポートフォリオ」と位置づけた（図３）。ここでいう「高価値」「低価値」は、本研究で採用した指標による分類内の相対的位置を便宜的に示す名称であり、病院の社会的価値、医療の質、地域での必要性そのものを直接評価するも

のではない。したがって、本ポートフォリオは意思決定の結論ではなく、地域需要、代替可能性、医療アクセス等を追加検討するための現在位置の診断として用いることが適切である。

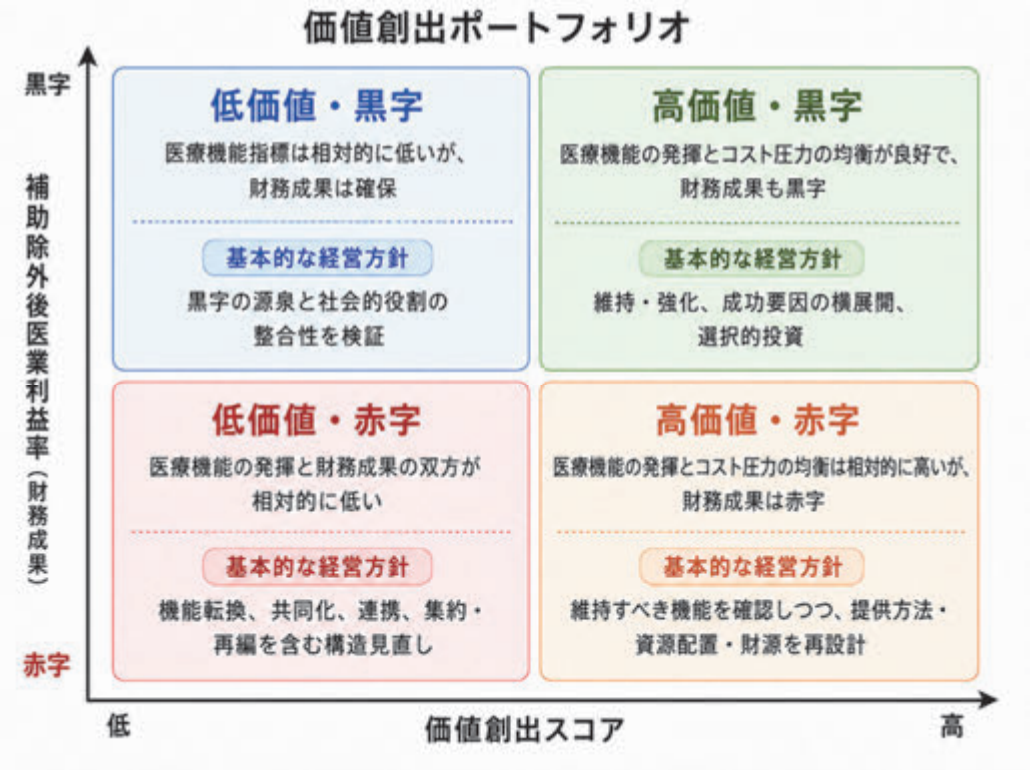

図３：価値創出ポートフォリオ

４象限の解釈は、財務成果と機能・コストの均衡を組み合わせて戦略課題を分ける点にある。高価値・黒字群は、運用上の好事例を抽出しつつ将来投資の妥当性を確認する群、高価値・赤字群は、維持すべき機能を特定したうえで提供方法、資源配置、費用構造および財源を再設計する群と整理できる。低価値・黒字群は、黒字の源泉と地域で担う機能の整合性を確認する群、低価値・赤字群は、地域需要を踏まえて機能構成、連携、共同化、転換・集約を検討する群と整理できる。ただし、特にＤ分類では、既存指標が地域アクセスやセーフティネット機能を十分に捉えていない可能性があり、数値のみで機能縮小を判断すべきではない。

分類変更施設の推移から、ポートフォリオは機能再編後の状態評価にも活用できる可能性が示された。Ｂ分類からＣ分類へ移行した８施設では、変更後にＣ分類内で正の

価値創出スコアとなる施設が１施設から６施設へ増え、７施設で医業利益率_補助除外が改善し、平均値も-9.28%から-5.39%へ改善した。一方、B 分類から A 分類へ移行した２施設では、分類内スコアの相対的位置は低下したものの、医業利益率は改善した。価値創出スコアは分類ごとに構成指標と標準化集団が異なるため、分類変更前後の絶対的な増減としては比較できない。また、分類変更そのものの因果効果を示すものでもない。重要なのは、機能変更後に担う役割、資源投入および財務成果を一体として再評価することである。

5-4. 価値創出型機能戦略フレームワークの提唱

5-4-1. 個別病院レベルの機能戦略フレームワーク

価値創出ポートフォリオの意義は、病院を単純に４象限へ分類することではなく、各施設が自院の機能戦略を検討するための現在位置を可視化する点にある。本研究では、A～D 分類と価値創出ポートフォリオを起点として、①現在位置の診断(Position)、②役割適合性の確認（Role Fit)、③個別要因の分解（Diagnose)、④機能戦略の選択（Action)、⑤経年的な再評価（Reassessment）へ至る一連のプロセスを「価値創出型機能戦略フレームワーク」として提示する（図４)。なお、A～D 分類は現在担っている医療機能を把握するための分類であり、将来の役割や機能を機械的に規定するものではない。

Position では、現在の機能構造とポートフォリオ上の位置を確認し、Role Fit では、地域需要、患者流出入、代替可能性、医療アクセス、政策的役割等から現行機能を維持・見直す妥当性を検討する。Diagnose では、患者需要、病床、人材、設備、生産性、費用構造、地域連携および財源を分解し、現在の状態を形成する要因を把握する。Action では、機能の強化・維持、提供方法の再設計、連携・共同化、機能転換・集約等を選択し、Reassessment では、価値創出スコア、財務成果および地域で担う機能を経年的に追跡して、次の診断へ戻す。

各段階では、既存の戦略分析手法を補助的に活用できる。Role Fit では PEST 分析等を用い、Diagnose では３C 分析、VRIO 分析、管理会計等を活用し、必要に応じてこれらの分析結果を SWOT 分析で統合する。Action では BSC 等により、戦略目標、評価指標、実行計画へ展開できる。ただし、これらの手法および本フレームワークの有効性を本研究で実証したものではなく、探索的分析を具体的な意思決定へ接続するための概念的な枠組みである。

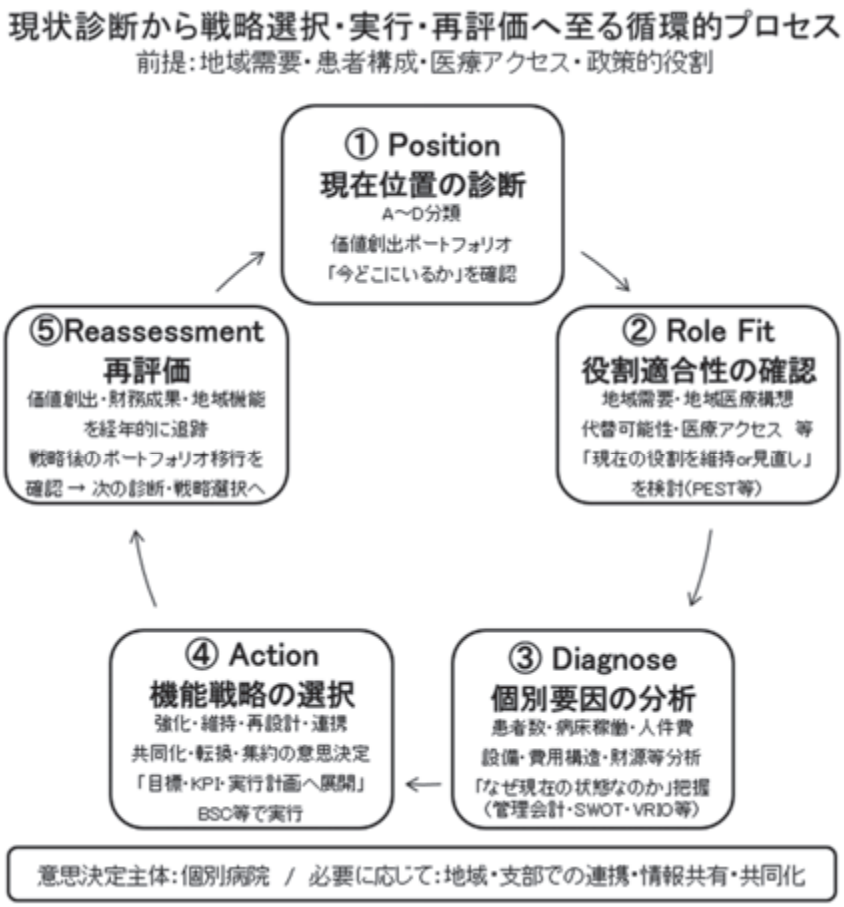

図４：公的病院における価値創出型機能戦略フレームワーク

5-4-2. 法人レベルへの展開―全体最適に向けたポートフォリオ・マネジメント

意思決定の主体は個別病院であり、法人本部が病院群全体の医療機能を一律に決定することを前提としない。法人レベルでは、A〜D 分類と価値創出ポートフォリオによって病院群全体の課題分布を俯瞰し、各病院の自律的な戦略形成を尊重しながら、支援、情報共有、共同化および組織学習の優先順位を検討することができる。具体的には、①全体把握、②重点支援・好事例の共有・共同化等の優先順位づけ、③法人・支部による支援実行、④好事例の横展開、⑤ポートフォリオ再評価という循環が考えられる（表 10）。

この二層構造により、個別病院の診断結果を法人レベルの共通課題の把握へ反映し、法人・支部が持つ支援策や好事例を各病院へ還元することで、個別病院の部分最適と病院群全体の全体最適を接続できる可能性がある。ただし、法人レベルのポートフォ

リオ・マネジメントも介入効果を検証したものではなく、病院群全体の課題把握と支援方針を検討するための概念的提案である。

表１０：法人レベルのポートフォリオ・マネジメントにおける基本対応

ポートフォリオ	個別病院の基本戦略	法人レベルの主な対応
高価値・黒字	維持・強化	好事例の抽出、ベンチマーク、同分類を中心とした横展開
高価値・赤字	維持すべき機能の確認と資源再設計	重点的な経営分析支援、共同化、財源・制度活用の検討支援
低価値・黒字	黒字の源泉と機能の整合性確認	将来リスクの把握、機能再評価支援、好事例の適用可能性の検討
低価値・赤字	機能再設計、連携・共同化、転換	重点的な経営分析、地域・支部連携や共同化の検討支援

5-5. 地域医療構想と経営実務・政策への示唆

5-5-1. 新たな地域医療構想との整合性

新たな地域医療構想は、2040 年に向けた人口構造・医療需要の変化と医療従事者の減少を踏まえ、病床機能だけでなく、入院、外来、在宅、介護、人材確保を含む地域全体の医療提供体制を再設計する方向を示している（厚生労働省，2026）。本研究の A～D 分類は、制度上の医療機関機能と完全に一致するものではないが、現在の診療実績、資源投入、費用構造および財務成果から機能構造を把握し、将来の役割を検討する枠組みとなる。A 分類は急性期拠点機能、C 分類は高齢者救急・地域急性期機能、D 分類は在宅医療等連携機能や地域アクセス機能との接点が大きく、B 分類は急性期から包括期・回復期・在宅への接続を院内で担う複合的な位置にあると考えられる。

本研究では、医療機能や病院規模に明確な分類差がある一方、医業利益率_補助除外には有意な分類差が認められなかった。このことは、赤字や小規模であることのみを理由に、一律に縮小・再編を判断することの限界を示している。地域医療構想における役割分担や再編・集約化では、収益性や病床数に加えて、地域内で代替できない機能、患者アクセス、政策医療、人材、設備、災害・感染症対応等を総合的に評価する必要がある。価値創出スコアとポートフォリオは、その協議における補助資料となり得るが、地域需要、代替可能性、医療アクセス等の外部情報と組み合わせて用いることが前提となる。

5-5-2. 地域医療のサービスデザインと診療報酬

経営実務では、病床数や個別施設の機能を調整するだけでなく、救急受入れから入院、治療、リハビリテーション、退院、在宅・介護へ至る患者経路を地域単位で設計する視点が重要である。高度急性期・専門症例の集約、高齢者救急や回復支援の分担、上り・下り搬送、紹介・逆紹介、退院支援、医療機器の共同利用、遠隔支援、情報共有を組み合わせることで、各病院がすべての機能を単独で保有せずとも、地域全体として必要な医療を提供する体制を構築できる可能性がある。価値創出ポートフォリオは、このような地域医療のサービスデザインを検討するための入口として位置づけられる。

診療報酬への対応は医療機関にとって不可欠であるが、加算や入院料の取得を機能選択の出発点とすると、制度改定に追随して機能と資源配置を変更する後追い型の経営となり得る。本研究の枠組みでは、まず地域で必要な医療機能を明確にし、それを支える人員、病床、設備、連携体制を設計したうえで、診療報酬や補助制度を持続可能な提供体制を支える財源として位置づける。すなわち、「制度に合わせて機能を決める」のではなく、「必要な機能を持続させるために制度を活用する」という順序が重要である。

5-5-3. 管理会計と実務的・政策的示唆

本研究は病院単位の指標を用いたが、具体的な経営改善には、診療科、病棟、疾病群、手術・救急・検査・リハビリテーション等の機能別に、収益、変動費、貢献利益、固定費および資源の稼働状況を把握する管理会計が必要となる。例えば、高価値・赤字施設でも、すべての機能が赤字とは限らず、固定費回収に寄与する機能と、地域医療を維持するうえで必要であるものの、財務的には負担となる機能が併存し得る。したがって、価値創出スコアは評価の終点ではなく、強化、維持、運用改善、共同化、集約・転換の対象を識別するための詳細分析への入口と位置づけることが適切である。

実務面では、各病院が自院の現在位置と地域での役割を踏まえて戦略を選択し、単独で解決できない課題は、地域内の役割分担や支部・法人による共同化、共通基盤の整備、好事例の共有につなげることが重要である。政策面では、高価値・赤字施設を単なる経営努力不足として扱うのではなく、地域に不可欠な機能の維持コストと代替可能性を確認したうえで、必要な政策的支援を検討する必要がある。同時に、管理会計等により、維持すべき不採算機能と再設計すべき非効率を区別することが、公的病院の社会的役割と財務的持続可能性を両立するうえで重要となる。

5-6. 本研究の限界と今後の課題

本研究には、複数の限界がある。第一に、単一法人である済生会病院群を対象としており、他の公的病院群への一般化には留意が必要である。第二に、相関分析および回帰分析は関連を示すものであり、因果関係を直接証明するものではない。加えて、同一病院の複数年度データに伴う病院内相関、地域人口、競合状況、診療報酬改定、物価上昇等を十分に統制していない。第三に、多数の指標を探索的に検討しているため、偶然の関連が含まれる可能性があり、Kruskal-Wallis 検定も４群全体の差を示すもので、具体的な群間差を直接検証したものではない。第四に、相関分析には Pearson の相関係数を用いているため、外れ値や非線形関係の影響を受ける可能性がある。第五に、病床稼働率、リハビリテーション、救急応需率、患者逆紹介率などには欠損が多く、とりわけ D 分類の一部結果は慎重に解釈する必要がある。第六に、価値創出スコアは医療機能とコスト圧力の分類内での相対的均衡を示す探索的指標であり、死亡率、再入院率、患者満足度、在宅復帰率、ADL 改善、医療アクセス等の患者アウトカムや医療の質を直接測定していない。第七に、スコアを構成する費用率は医業利益率と会計上の構造的関係を有し、構成指標の選定にも医業利益率_補助除外との関連を用いているため、スコアと医業利益率との関連を独立した妥当性検証とみなすことはできない。第八に、価値創出スコアは分類ごとに構成指標と標準化集団が異なるため、分類をまたぐスコア値の直接比較には限界がある。第九に、価値創出型機能戦略フレームワークおよび法人レベルのポートフォリオ・マネジメントは、本研究の探索的分析を実務へ展開するための概念的提案であり、その有用性と妥当性は今後の適用事例で検証する必要がある。

今後は、医療の質、患者アウトカム、地域アクセスを含めたスコアの拡張、地域人口・疾病構造・競合状況を考慮した分析、病院固定効果等を用いたパネルデータ分析、分類変更や機能転換の前後比較、高価値・赤字施設における診療科・病棟・疾病別管理会計分析、経営介入によるポートフォリオ上の位置の変化の検証、D 分類に適した地域アクセス・福祉・在宅機能の指標開発が必要である。特に、今回確認された分類変更施設のポートフォリオ上の位置の変化について、病床機能の変更、人員配置、患者構成、地域連携、設備利用、費用構造等の具体的な経営介入を把握し、どのような戦略が価値創出スコアと財務成果の改善につながったのかを明らかにすることが、次の研究課題となる。また、法人レベルのポートフォリオ・マネジメントについて、支援・情報共有・共同化の選定基準と介入効果を検証し、個別病院レベルの機能戦略と病院群全体の支援方針を接続する二層型フレームワークの妥当性を検討することも今後の課題である。

６．まとめ

本研究は、済生会病院群 82 施設を A～D の医療機能分類に整理し、2019～2024 年度のデータを用いて、医療機能、資源投入および財務成果の関係を探索的に分析した。その結果、診療機能、規模、人的資源、費用構造および生産性には明確な分類差がみられた一方、医業利益率_補助除外には有意な分類差が認められなかった。また、人件費率など、分類に共通して関連する項目がみられたが、経営成果と関連する項目の組み合わせは分類ごとに異なり、価値創出スコアと医業利益率_補助除外の二軸評価によって、高価値・赤字群を含む異なる経営パターンが可視化された。

以上から、公的病院の価値創出は、病院規模や高度急性期機能の大きさだけでなく、地域で必要な医療機能と、それを支える人員、病床、設備、費用および財源との適合関係として評価する必要がある。本研究で提示した価値創出型機能戦略フレームワークは、現在位置の診断、役割適合性の確認、個別要因の分解、機能戦略の選択、経年的な再評価を循環させ、各病院が「何を守るか」「何を変えるか」「どのように提供するか」を検討するための判断枠組みである。価値創出スコアは社会的価値や医療の質を直接測定するものではないが、詳細な診断、地域内の役割分担、法人・支部による支援へつなぐ補助指標として活用できる可能性がある。公的病院には、地域で守るべき機能を明確にし、その社会的必要性と財務的持続可能性を両立させる経営が求められる。

謝辞

本稿を執筆するにあたり、研究の方向性について丁寧なご助言と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貝瀬徹教授、木下隆志教授、井出健二郎教授、丸山洋三准教授、三浦公嗣特任教授、香取照幸特任教授、武地美保特任教授に、心より感謝申し上げます。また、本研究の分析に活用したデータの使用にあたり、許可をいただきました済生会本部の皆様に厚くお礼申し上げます。加えて、本稿の作成に際し、貴重なご助言とご指摘を賜りました皆様に心より感謝申し上げます。

参考文献（引用文献を含む）

[1] 左右田裕生（2016）「黒字病院群と赤字病院群の比較による財務特性と経営指標の有用性に関する研究―社会福祉法人済生会病院群での検証―」『商大ビジネスレビュー』第 6 巻第 2 号、pp. 159-179。

[2] 坪井真（2018）「恩賜財団済生会に内在する社会連帯思想の特性分析」『作大論集』第 8 号、pp. 279-298。

[3] 髙橋淑郎（2018）「非営利組織としての病院経営の方向―医療制度、病院価値、BSCを手掛かりに―」『経営学論集』第88集、pp.6-15。
[4] 丸山洋三（2020）「公的病院における経営改革の現状と課題―収支状況と経営指標を中心に―」『経営戦略研究』Vol.14、pp.19-30。
[5] 久保亮一（2021）「黒字病院と赤字病院におけるコスト要因の比較分析」『京都マネジメント・レビュー』第38号、pp.193-202。
[6] 藤本賢治・藤野善久・得津慶・山口直人・松田晋哉（2021）「済生会は日本の急性期入院医療にどのように関わって行くのか―DPCデータ分析の結果より―」『済生会総研 所報』第1号、pp.28-36。
[7] 藤本賢治・山口直人・松田晋哉（2022）「済生会病院における新型コロナウイルスによる受診状況変容の記述的研究」『済生会総研 所報』第3号、pp.9-35。

引用ホームページ

[1] 厚生労働省（2026）「新たな地域医療構想策定ガイドライン」
https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001718620.pdf
（2026年7月9日アクセス）
[2] 済生会総研「済生会保健・医療・福祉総合研究所」
https://soken.saiseikai.or.jp/
（2026年6月12日アクセス）