

中規模地域密着型ケアミックス病院における 差別化集中戦略^a

— 堺市北部エリアにおける地域医療分析 —

河田 津也

キーワード：地域密着型、差別化集中戦略、地域包括ケアシステム、integrated care

1. はじめに

厚生労働省は、「急速に少子高齢化が進むなか、医療介護の提供体制については、サービスを利用する国民の視点に立って、ニーズに見合ったサービスが切れ目なく、効率的に提供されているかという観点で再点検していく必要がある。」¹⁾としている。

そのために、各医療機関は自施設の持つ医療機能と役割から医療提供体制を整備していくうえで、高齢化の進展による影響を踏まえて検討していかなければならない。

まずは、医療費適正化に向けた病床再編成である。我が国は、2025年に65歳以上の人口割合が30%になる²⁾。そのほとんどは慢性期疾患を抱えている。慢性期疾患は長期的治療となり、それに伴う医療費や介護サービス費による社会保障給付費の増加は日本の財政赤字に繋がっている。OECD HEALTH DATA 2017^{b)}による保健医療支出においても日本は上位に位置し、対GDP比保健医療費が高い国となっている³⁾。世界一の高齢国家にしてきた我が国の社会保障制度の破綻状況に対し、社会保障制度改革国民会

^a 差別化集中戦略は、マイケル・ポーターの「3つの基本戦略」の集中戦略（コスト集中戦略、差別化集中戦略）である。特定の市場において差別化で優位に立って勝つ戦略。

^b OECDは「Organization for Economic Co-operation and Development：経済協力開発機構」の略。保健医療制度は国によって異なり、すべての国が同じ手法で保健医療支出等を推計しているわけではない。日本でも全額自費医療は捕捉できていない。結局のところ、OECDデータによる国際比較は目安でしかないが、諸外国との傾向の違いを見ることが、何らかの示唆を得られる可能性もあることから、本稿では国際比較を示している。

議報告書で、医療は「病院完結型」から、患者の住み慣れた地域や自宅での生活を基盤として支援する「地域完結型」にシフトする「地域包括ケアシステム」の推進が示された⁴⁾。

2016年には都道府県による「地域医療構想」の策定が済み、いま、地域医療構想調整会議で、2025年の医療需要予測から必要病床数の調整に向けて議論されているが、このことは医療機関にとって病床削減につながりかねないことである。

そして、もう一つは高齢化に伴う医療提供内容の変化である。入院患者のほとんどは高齢患者であるため、医療処置だけではなく、同時に介護サービスを提供していく必要がある。また、一定の医療処置が終わった高齢患者は地域へと退院するが、その退院後の自立支援を目指した各種サービスの適切な調整が必要とされている。平成30年度の診療報酬改定で「入院時支援加算」が追加されたように、入退院に関する支援は、ますます重要視されている。

大阪府の堺市二次医療圏には、公的医療機関やがん診療拠点病院など大規模急性期病院がひしめき合っている。地域医療構想が進められているなか、令和5年には800床の大学病院が隣接医療圏から移転する事が決まっている。大学病院の移転により、急性期の医療提供体制は大きく影響を受け、病院間の競合は激化していくものとされる。そのため、各医療機関は地域における担うべき役割から、2025年、また、その先を見据えた方針が必要とされている。

その堺市二次医療圏にあるA病院は、創設した大正時代から精神科を基盤に二次救急医療を担う急性期病院として地域を支え続けている。総病床数1,000床を越えるが、一般病床数は223床と中規模ケアミックス病院である。

A病院がこれからも地域に根ざした医療を提供し続けていくためには、急性期に特化した大規模病院との競合ではなく、ケアミックス機能を活かした医療機関連携と高齢者を支える医療・介護のマネジメントを可能とする複合的・継続的に踏まえた地域完結型の医療提供体制の構築が求められていると考えられる。

2. 目的ならび方法

A病院の地域医療分析から他病院との差別化を明らかにし、ケアミックス機能の活用と地域医療に特化した複合的・継続的な医療提供体制とその戦略について、示唆を得ることを目的とする。

その方法として、3節では、地域密着型病院の定義と「競合戦略」から「共存・共生戦略」、医療・介護の複合的連携の必要性に関する先行研究をレビューし、本稿の立場を示す。4節から6節では診療圏分析を行い、地域分析、競合分析からA病院のポジシ

ョニングと他病院との連携、A 病院分析、とそれぞれの情報をまとめる。7 節では得られた情報を SWOT クロス分析して経営戦略の根拠となる事実とその方法を示す。8 節で考察を述べ、9 節で本稿の結論と今後の課題を述べる。

3. 先行研究の検討

3-1. 「地域密着型病院」の用語の定義

飯村 (2014) が、その周辺に住む人々の日常生活圏内にあり、住民のプライマリケアに関わり、その健康を守ることを主な目的として診療をしている病床数 100～300 床程度の病院と述べている⁵⁾ 内容を定義とする。

3-2. 先行研究レビュー

岩崎 (2015) は、大阪市医療圏内の急性期病院 3 施設の地域医療分析を行った結果、各病院の強みの程度は低く、競合している状態。話し合いによるレベルで協調する「地域統合戦略」で共存していくために、ポジショニングを明確にした「選択と集中」が必要であると明らかにした。その結果、各病院の強みから役割を明確にすることが相互関係につながる⁶⁾ と述べている。

また、この相互関係につなげるために大東 (2017) は、神戸医療圏北部エリアの人口減少と高齢化率の上昇に対して地域住民の健康を支え続けるための研究の中で、医療機関の枠を超えた地域全体の利益に結び付く働きが必要と述べている。その一つに地域医療連携推進法人^cがあるが、設立には高いハードルが存在するとし、緩やかな医療アライアンス^dを構築していくことが現実的⁷⁾ と述べている。

川口 (2016) は、同一医療圏で救急医療の競合をする 3 病院の研究から、他病院とは共存共栄戦略の重要性が必要であると明らかにした。そのうえで、さらに対地域とは在宅リハビリの積極的介入、行政や地域の自治会、開業医等も巻き込んだサポート体制の構築が必要⁸⁾ と述べている。

さらに地域内の様々な社会資源の組み合わせや、これらを複合的に組み合わせたシステムを利用するために田口 (2017) は、地域医療構想の達成に向けた病床機能分化と連携を進めていくことで、在宅医療や介護施設などで新規需要が見込まれることを明

^c 地域医療連携推進法人とは、地域において良質かつ適切な医療を効率的に提供するため、病院等に係る業務の連携を推進するための方針（医療連携推進方針）を定め、医療連携推進業務を行う一般社団法人を都道府県知事が認定（医療連携推進認定）する制度

^d 医療アライアンスとは、「連携」よりも結びつきの強い同盟・統合のことをいう。病院機能分化が進み、各施設の得意とする分野が深化する中で、患者中心の医療を地域で実現する方略の一つ。

らかにした。そのうえで、入院治療終了後に受け皿となる在宅医療に繋げるためには、疾患別プロトコールという「設計図」を地域の各施設へ提示する必要があること⁹⁾を述べている。

岩崎、大東、川口の研究から、いままでの「競合戦略」から「共存・共生戦略」への変革が必要であることが窺える。また、連携や統合をしていくためには自施設の強みを明らかにして「選択と集中」をしていくことが重要であると分かった。さらに田口の研究からは、従来のような医療機関のみの連携だけではなく、介護や福祉等の関係機関との連携強化をしていかなければならないことが示唆されている。

大冢賀、筒井（2016）は、医療介護連携の推進には、integrated care のフレームワーク（水平/垂直、linkage/coordination/full integration）を使って、各地域の特性に合致したサービス提供モデルや機能を創発していくことが必要¹⁰⁾と述べている。

最適とされる地域への医療が提供されるためには、医療機関間の連携と医療・介護の連携を複合的に組み合わせた integrated care のフレームワークを使って地域包括ケアシステムの構築を考えていく必要がある。

4. 診療圏分析

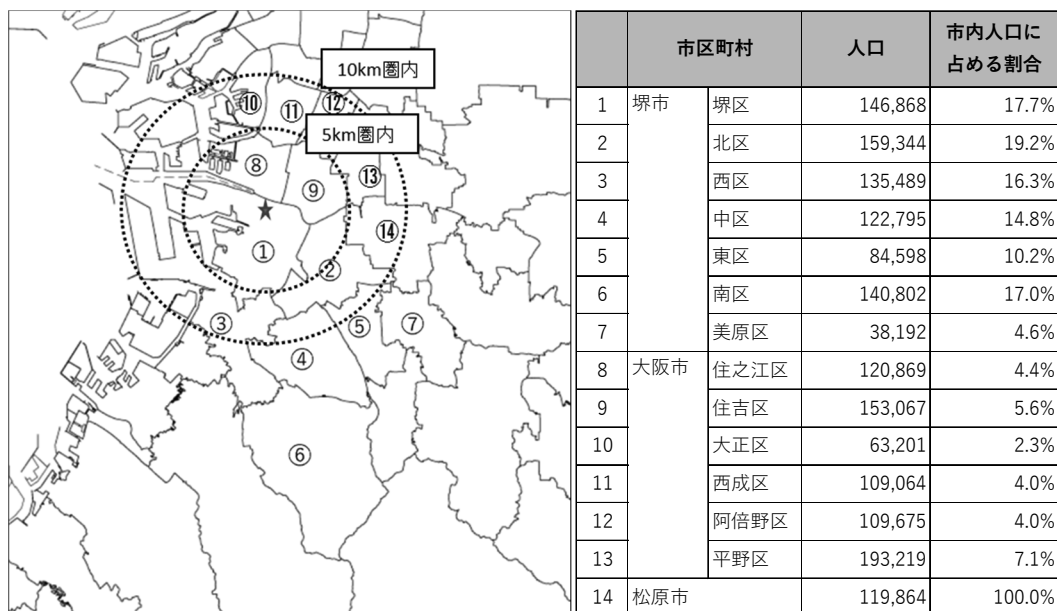
4-1. 診療圏の概要

図表1は、堺市、大阪市南部、松原市を市区町別に図式化したものと各区域の推計人口数と各市内人口に占める割合を表に示したものである。

星印はA病院であり、A病院を中心に5km圏内、10km圏内として円で囲っている。①堺区と②北区の上に流れている川を境に北側は大阪市、南側の①から⑦区域までは堺市である。また、隣接している⑭松原市がある。市内人口に占める割合は、堺市では北区（19.2%）、堺区（17.7%）、南区（17.0%）、大阪市南部では平野区（7.1%）、住吉区（5.6%）、住之江区（4.4%）の順となっている。A病院の診療圏5km圏内に、市内人口に占める割合が高い北区、堺区、住吉区、住之江区が入っている。

表2は、各市ホームページ及び地域医療情報システム^eより、人口数、世帯数、要介護認定者数、医療介護施設数を人口10万対で表した。5km圏内、10km圏内と比較するために堺市、大阪市のデータを、5km圏内の区域別比較のために、堺区、北区、住之江区、住吉区の各データをまとめた。

^e 日本医師会 地域医療情報システム（JMAP）<http://jmap.jp/>



出典（堺市、大阪市、松原市の推計人口データを用いて筆者作図：推計人口データは2019年4月）

図表1：堺市・大阪市南部エリア地図と市区町村別推計人口

市総人口数は、堺市 829,176 人、大阪市 2,728,982 人である。両市ともに大阪府の二次医療圏に設定されている。5 km圏内の人口は 578,855 人で、堺市人口の 7 割に相当する。10 km圏内の人口は 1,533,743 人で、堺市の 2 倍ほどの人口数である。

人口構造は、0～4 歳、15 歳未満、15～64 歳、65 歳以上、75 歳以上として区分した。5 km圏内の 65 歳以上高齢化率は 27.4%で、堺市の 28.1%より低い。10 km圏内の高齢化率は 34.7%で、堺市より高くなっている。また、0～4 歳と 15 歳未満の人口比率は、5 km圏内、10 km圏内ともに堺市より低い。生産年齢人口である 5 km圏内の 15 歳以上 64 歳未満の人口比率は、堺市より若干高い。

65 歳以上のいる世帯数は、5 km圏内、10 km圏内ともに堺市より低い。しかし、65 歳以上単身世帯数は、5 km圏内、10 km圏内とも堺市より高くなっている。5 km圏内だけでみると、大阪市の住之江区（16.5%）、住吉区（16.6%）に 65 歳以上単身世帯が多い。

推計要介護認定者数は、堺市に認定区分別データが無いため、堺市と大阪市の市全体数で比較している。堺市、大阪市の人口 10 万対推計要介護認定者数は、要介護 1 を除いてほぼ同等の数値となっている。住之江区、住吉区は、堺市や大阪市よりも人口 10 万対の要支援 1 と 2 および要介護 3～5 の要介護認定者数が多い。

人口 10 万対病院数は、5 km圏内、10 km圏内、堺市、大阪市ともに 5～6 施設となっている。病院病床数においては、5 km圏内は人口 10 万対に 1,443 床と堺市とほぼ同等

表 2：診療圏ならび堺市・大阪市の人口、世帯数、要介護認定者数、医療介護施設数表

データ項目		5km圏内		10km圏内		堺市		大阪市	
		実数	比率	実数	比率	実数	比率	実数	比率
人口	総数	578,855		1,533,743		829,176		2,728,981	
	男性	275,214	47.5%	739,501	48.2%	396,447	47.8%	1,316,174	48.2%
	女性	303,641	52.5%	794,242	51.8%	432,729	52.2%	1,412,807	51.8%
人口構造 (人口比率)	0～4歳	22,438	3.9%	52,400	3.4%	32,813	4.0%	100,555	3.7%
	15歳未満	46,447	8.0%	113,726	7.4%	74,995	9.0%	192,168	7.0%
	15～64歳	351,300	60.7%	836,111	54.5%	495,123	59.7%	1,733,645	63.5%
	65歳以上	158,670	27.4%	531,506	34.7%	233,292	28.1%	702,612	25.7%
	75歳以上	81,936	14.2%	276,671	18.0%	118,227	14.3%	363,513	13.3%
世帯数	総数	266,292		691,633		350,301		1,354,793	
家族累計 (世帯比率)	65歳以上のいる世帯数	54,337	20.4%	145,016	21.0%	84,659	24.2%	223,138	16.5%
	65歳以上単身世帯数	40,659	15.3%	114,310	16.5%	46,134	13.2%	201,070	14.8%
推計要介護認定者 数 (人口10万対)	認定者数					54,535	6,577	176,330	6,461
	支援1					12,273	1,480	38,400	1,407
	支援2					8,169	985	27,238	998
	介護1					8,928	1,077	23,429	859
	介護2					8,577	1,034	29,379	1,077
	介護3					5,955	718	20,961	768
	介護4					6,128	739	20,675	758
	介護5					4,505	543	16,248	595
医療介護施設数 (人口10万対)	病院数	34	6	87	6	43	5	173	6
	病院病床数	8,350	1,443	18,945	1,235	11,844	1,428	31,634	1,159
	診療所数	567	98	1453	95	695	84	3,081	113
	歯科診療所数	302	52	894	58	470	57	2,200	81
	介護関連施設数	1266	219	3629	237	1,718	207	5,856	215
在宅医療施設数 (人口10万対)	地域医療支援病院	2		7		5		13	
	在宅療養支援病院	8	1.4	24	1.6	13	1.6	38	1.4
	在宅療養支援診療所	138	23.8	374	24.4	153	18.2	713	26.5
	訪問歯科	67	11.6	209	13.6	102	12.2	410	15.2
	訪問薬局	135	23.3	370	24.1	154	18.4	628	23.3
	訪問看護ステーション	79	13.6	226	14.7	119	14.2	281	10.4

データ項目		住之江区		住吉区		堺区		北区	
		実数	比率	実数	比率	実数	比率	実数	比率
家族累計 (世帯比率)	65歳以上のいる世帯数	12,541	22.0%	13,841	19.3%	13,741	19.9%	14,214	20.7%
	65歳以上単身世帯数	9,367	16.5%	11,905	16.6%	10,728	15.5%	8,661	12.6%
推計要介護認定者 数 (人口10万対)	認定者数	8,975	7,425	11,867	7,753				
	支援1	2,165	1,791	2,649	1,731				
	支援2	1,361	1,126	2,049	1,339				
	介護1	1,208	999	1,311	856				
	介護2	1,434	1,186	1,900	1,241				
	介護3	998	826	1,480	967				
	介護4	1,036	857	1,485	970				
医療介護施設数 (人口10万対)	介護5	773	640	993	649				
	病院数	4	3	9	6	10	7	11	7
	病院病床数	830	687	2,260	1,476	2,560	1,732	2,700	1,692
	診療所数	100	83	156	102	163	110	148	93
	歯科診療所数	83	69	12	8	109	74	98	61
在宅医療施設数 (人口10万対)	介護関連施設数	252	208	339	221	393	266	282	177
	地域医療支援病院	0		1		1		0	
	在宅療養支援病院	1	0.8	2	1.3	2	1.4	3	1.9
	在宅療養支援診療所	34	27.6	40	25.9	35	23.6	29	18.3
	訪問歯科	14	11.4	16	10.4	26	17.5	11	6.9
	訪問薬局	27	22.0	41	26.7	36	24.3	31	19.5
	訪問看護ステーション	16	13.0	17	11.0	24	16.2	22	13.8

出典（各市ホームページ人口データ等、地域医療情報システムにて筆者作成（2019年4月））

の数値となっており多い。しかし、5 km圏内にある住之江区の病院数、病院病床数、診療所数が、10 km圏内、堺市、大阪市よりも極端に少ない。住之江区では、2018 年 3 月に 198 床の市民病院が閉院しているため、その影響があると思われる。人口 10 万対介護関連施設数は、5 km圏内、10 km圏内、堺市、大阪市ともほぼ同等の数値となっている。5 km圏内でみると住之江区と北区が少なく、特に、北区の介護関連施設数は極端に少ない。

人口 10 万対在宅医療施設数において堺市は、在宅療養支援病院 1.6 施設（全国平均 1.1 施設）、在宅療養支援診療所 18.2 施設（全国平均 11 施設）、訪問歯科 12.2 施設（全国平均 8.8 施設）、訪問薬局 18.4 施設（全国平均 12.7 施設）、訪問看護ステーション 14.2 施設（全国平均 8.3 施設）といずれも全国平均より施設数は多い。5 km圏内の施設数を全国平均数と比較すると、在宅療養支援病院では住之江区（▲0.1）住吉区（0.2）堺区（0.3）北区（0.8）、在宅療養支援診療所では住之江区（16.6）住吉区（14.9）堺区（12.6）北区（7.3）、訪問歯科では住之江区（2.6）住吉区（1.3）堺区（8.7）北区（▲1.9）、訪問薬局では住之江区（9.3）住吉区（14.0）堺区（11.6）北区（6.8）、訪問看護ステーションでは住之江区（4.7）住吉区（2.7）堺区（7.9）北区（5.5）といずれも全国平均数より施設数は多いが、在宅療養支援病院数では住之江区、訪問歯科では北区が全国平均数より下回っている。

表 3 は、平成 30 年度堺市・大阪市保険者機能強化推進交付金（市町村分）に係る評価指標の該当等状況調査結果である。その結果では、堺市が「(8) 要介護状態の維持・改善の状況等」の項目で、「一定期間における、要介護認定者の要介護認定等基準時間の変化率の状況」の実施が行えてなく、全国平均点より下回っているが、それ以外の項目は、堺市・大阪市ともに全て全国平均点より上回っている。

ただし、「Ⅱ 自立支援、重度化防止等に資する施策の推進」の項目で、地域密着型サービスと地域包括支援センターの機能不足が見られている。地域密着型サービスでは実地指導等の質の取組み、地域包括支援センターでは 3 職種^gの人員不足があげられている。地域包括支援センターでは、3 職種の人員不足から介護支援専門員を対象にした研修会・事例検討会等の開催不足による個別事例の検討件数割合が低いことが課題にあげられている。

^f 保険者機能強化推進交付金は、平成 29 年 6 月に公布された地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律（平成 29 年法律第 52 号）より制度化された。保険者機能の強化に向けて、高齢者の自立支援・重度化防止等に関する市町村の取組や、こうした市町村の取組を支援する都道府県の取組を推進するため、市町村及び都道府県のような取組の達成状況に関する指標を設定した上で、交付金を交付するも。

^g 地域包括支援センターでは、保険師・社会福祉士・主任介護支援専門員を配置している。

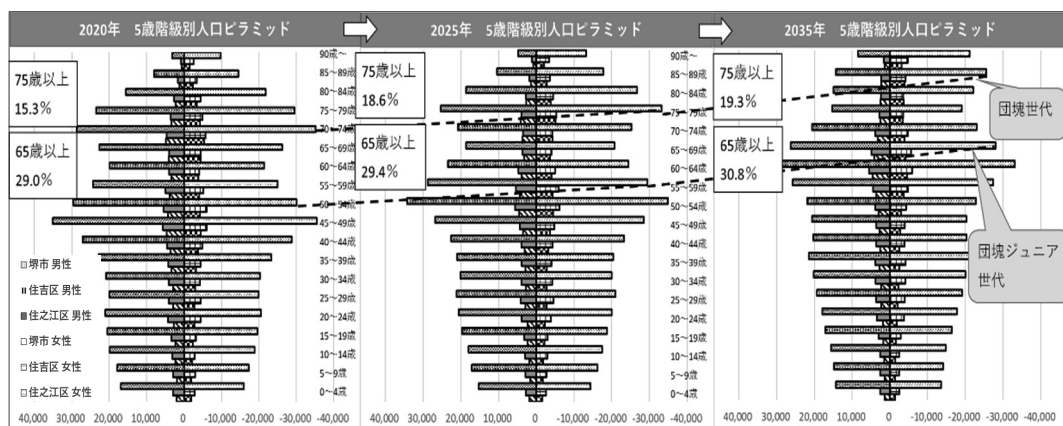
表 3：平成 30 年度保険者機能強化推進交付金（市町村分）に係る評価指標の該当等状況調査

		堺市		大阪市		全国		
		解答欄	配点	合計点	解答欄	配点	合計点	平均点
Ⅰ PDCサイクルの活用による保険者機能の強化に向けた体制等の構築		82点		82点		82点		58点
		指標						
(1)	地域包括ケア「見える化」システムを活用して他の保険者と比較する等、当該地域の介護保険事業の特徴を把握しているか。	○	10点	○	10点			
(2)	日常生活圏ごとの65歳以上人口を把握しているか。	○	10点	○	10点			
③	2025年度における将来推計を実施しているか							
	ア 要介護者数・要支援者数	○	2点	○	2点			
	イ 介護保険料	○	2点	○	2点			
	ウ 日常生活圏域単位の65歳以上人口	○	2点	○	2点			
	エ 認知症高齢者数	○	2点	○	2点			
カ	介護人材の数	○	2点	○	2点			
(4)	介護保険事業に関する現状や将来推計に基づき2025年度に向けて自立支援、重度化防止等に資する施策について目標及び目標を実現するための重点施策を決定しているか。	○	10点	○	10点			
(5)	人口動態による自然増減による推計に加え、自立支援・介護予防に資する施策など、保険者としての取組を勘案した要介護者数及び要支援者数の推計を行っているか。	○	10点	○	10点			
(6)	地域医療機能を含む医療計画も踏まえつつ、地域の在宅医療の利便性や、在宅医療の整備目標等を参照しつつ、介護サービスの量の見込みを定めているか。	○	10点	○	10点			
(7)	認定者数、受給者数、サービスの種類別の給付実績を定期的にモニタリング（点検）しているか。	○	10点	○	10点			
(8)	介護保険事業計画の目標が未達成であった場合に、具体的な改善策や、理由の提示と目標の見直しといった取組を講じているか。	○	10点	○	10点			
Ⅱ 自立支援、重度化防止等に資する施策の推進								
(1) 地域医療連携強化			20点		30点	19.2点		
(1)	必要な地域密着型サービスを確保するための上記以外の取組を行っている。	○	10点	○	10点			
(2)	地域密着型サービス事業所の運営状況を把握し、それを踏まえ、運営協議会等で必要な事項を検討しているか。	○	10点	○	10点			
(3)	所管する介護サービス事業所について、指定の有効期間中に一回以上の割合（16.6%）で実地指導を実施しているか。	×	0点	×	0点			
(4)	地域密着型通所介護事業所における機能訓練・口腔機能向上・栄養改善を推進するための取組を行っているか。	×	0点	○	10点			
(2) 介護支援専門員・介護サービス事業所			20点		20点	12.6点		
(1)	保険者として、ケアマネジメントに関する保険者の基本方針を、介護支援専門員に対して伝えているか。	○	10点	○	10点			
(2)	介護サービス事業所（居宅介護支援事業所を含む。）の質の向上に向けて、具体的なテーマを設定した研修等の具体的な取組を行っているか。	○	10点	○	10点			
(3) 地域包括支援センター			120点		130点	104.4点		
<地域包括支援センターの体制に関するもの>								
(1)	地域包括支援センターに対して、介護保険法施行規則に定める原則基準に基づく3職種の配置を義務付けているか。	○	10点	○	10点			
(2)	地域包括支援センターの3職種（座する者を含む）一人当たり高齢者数（圏域内の65歳以上高齢者数/センター人員）の状況が1,500人以下	×	0点	×	0点			
(3)	地域包括支援センターが受け付け介護サービスに関する相談について地域包括支援センターから保険者に対して報告や協議を受ける仕組みを設けているか。	○	10点	○	10点			
<地域包括支援センターの体制に関するもの>								
(1)	介護サービス情報公表システム等において、管内の全地域包括支援センターの事業内容・運営状況に関する情報を公表しているか。	○	10点	○	10点			
(2)	毎年度、地域包括支援センター運営協議会での協議を踏まえ、地域包括支援センターの運営方針、支援、指導の内容を検討し改善しているか。	○	10点	○	10点			
<ケアマネジメント支援に関するもの>								
(1)	地域包括支援センターと協議の上、地域包括支援センターが開催する介護支援専門員を対象にした研修会・事例検討会等の開催計画を作成しているか。	×	0点	○	10点			
(2)	介護支援専門員のニーズに基づいて、多様な関係機関・関係者（例：医療機関や地域における様々な社会資源など）との意見交換の場を設けているか。	○	10点	○	10点			
(3)	管内の各地域包括支援センターが介護支援専門員から受け付け相談事例の内容を整理・分類した上で、経年的に件数を把握しているか。	○	10点	○	10点			
<地域ケア会議に関するもの>								
(1)	地域ケア会議について、地域ケア会議を開催すべき機能、構成員、スケジュールを盛り込んだ開催計画を策定しているか。	○	10点	○	10点			
(2)	地域ケア会議において多職種と連携して、自立支援・重度化防止等に資する観点から個別事例の検討を行い、対応策を講じているか。	○	10点	○	10点			
(3)	個別事例の検討を行う地域ケア会議における個別事例の検討件数割合はどの程度か。（個別ケースの検討件数/受給者数）	×	0点	○	10点			
(4)	生活活動の訪問回数などのケアプラン（生活援助ケアプラン）の地域ケア会議等での確認について、実施体制を確保しているか。	○	10点	×	0点			
(5)	地域ケア会議で検討した個別事例について、その後の変化等をモニタリングするルールや仕組みを構築し、かつ実行しているか。	○	10点	○	10点			
(6)	複数の個別事例から地域課題を明らかにし、これを解決するための政策を市町村へ提言しているか。	○	10点	○	10点			
(7)	地域ケア会議の議事録や決定事項を構成員全員が共有するための仕組みを講じているか。	○	10点	○	10点			
(4)	在宅医療・介護連携		70点		60点	49.8点		
(1)	地域の医療・介護関係者等が参画する会議において、市町村が所持するデータのほか、都道府県等や市区医師会等関係団体から提供されるデータ等も活用し、在宅医療・介護連携に関する課題を検討し、対応策が具体化されているか。	○	10点	○	10点			
(2)	医療・介護関係者の協力を得ながら、切れ目なく在宅医療と在宅介護が一体的に提供される体制の構築に向けて必要に応じて、都道府県等からの支援を受けつつ、具体的に実施しているとともに、実施状況の検証の取組を行っているか。	○	10点	○	10点			
(3)	医療・介護関係者間の情報共有ツールの整備又は普及等について具体的な取組を行っているか。	○	10点	○	10点			
(4)	地域の医療・介護関係者、地域包括支援センター等からの医療・介護連携に関する相談に対応するための相談窓口を設け、在宅医療・介護連携に関する相談内容等、市区医師会等の医療関係団体との会議等にも報告しているか。	○	10点	○	10点			
(5)	医療・介護関係の多職種が合同で参加するグループワークや事例検討など参加型の研修会を、保険者として開催または開催支援しているか。	○	10点	○	10点			
(6)	関係市区町村や市区医師会等関係団体、都道府県等と連携し、退院支援ルール等、広域的な医療介護連携に関する取組を企画・立案し、実行しているか。	○	10点	○	10点			
(7)	居宅介護支援の受給者における「入院時情報連携加算」又は「退院・退所加算」の取得率の状況はどうか。全保険者の上位5割に加入入院時情報連携加算、退院時の医療連携加算	○	10点	×	0点			
(5) 認知症総合支援			40点		40点	30.7点		
(1)	市町村介護保険事業計画又は市町村が定めるその他の計画等において、認知症施策の取組（「介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針」について、各年度における具体的な計画を定め、毎年その進捗状況について評価しているか。	○	10点	○	10点			
(2)	認知症初期集中支援チームは、認知症地域支援推進員に支援事例について情報提供し、具体的な支援方法の検討を行う等、定期的な情報連携する体制を構築しているか。	○	10点	○	10点			
(3)	市区医師会等の医療関係団体と調整し、認知症のおそれがある人に対して、かかりつけ医と認知症疾患医療センター等専門医療機関との連携により、早期診断・早期対応に繋げる体制を構築しているか。	○	10点	○	10点			
(4)	認知症支援に携わるボランティアの定期的な養成など認知症支援に関する介護保険外サービスの整備を行っているか。	○	10点	○	10点			
(6) 介護予防/日常生活支援			80点		80点	53点		
(1)	介護予防/日常生活支援総合事業の創設やその趣旨について、地域の住民やサービス事業者等地域の関係者に対して周知を行っているか。	○	10点	○	10点			
(2)	介護保険事業計画において、介護予防/生活支援サービス事業における多様なサービス及びその他の生活支援サービスの量の見込みを定るとともに、その見込み量の確保に向けた具体策を記載しているか。	○	10点	○	10点			
(3)	介護予防/生活支援サービス事業における多様なサービスやその他の生活支援サービスの開始にあたり、生活支援コーディネーターや協議体、その他地域の関係者との協議を行うとともに、開始後の実施状況の検証の機会を設けているか。	○	10点	○	10点			
(4)	高齢者のニーズを踏まえ、介護予防/生活支援サービス事業における多様なサービス、その他生活支援サービスを創設しているか。	○	10点	○	10点			
(5)	介護予防に資する住民主体の通いの場への65歳以上の参加者数などの程度か（「通いの場への参加率=通いの場の参加者実人数/高齢者人口」等）全保険者の上位5割に加点	○	10点	○	10点			
(6)	地域包括支援センター、介護支援専門員、生活支援コーディネーター、協議体に対して、総合事業を含む多様な地域の社会資源に関する情報を提供しているか。	○	10点	○	10点			
(7)	地域リハビリテーション活動支援事業（リハビリテーション専門職等が技術的助言等を行う事業）等により、介護予防の場におけるリハビリテーション等専門職等が関与する仕組みを設けているか。	○	10点	○	10点			
(8)	住民の介護予防活動への積極的な参加を促進する取組を推進しているか（単なる周知広報を除く。）	○	10点	○	10点			
(7) 生活支援体制の整備			40点		40点	31点		
(1)	生活支援コーディネーターに対して市町村としての活動方針を提示し、支援を行っているか。	○	10点	○	10点			
(2)	生活支援コーディネーターが地域資源の活用に向けた具体的な取組（地域ニーズ、地域資源の把握、問題提起等）を行っているか。	○	10点	○	10点			
(3)	協議体が地域資源の活用に向けた具体的な取組（地域ニーズ、地域資源の把握等）を行っているか。	○	10点	○	10点			
(4)	生活支援コーディネーター、協議体の活動を通じて高齢者のニーズに対応した具体的な資源の開発（既存の活動やサービスの強化を含む。）が行われているか。	○	10点	○	10点			
(8) 要介護状態の維持・改善の状況等（要介護認定等基準時間の変化）			10点		20点	12.6点		
(1)	一定期間における、要介護認定者の要介護認定基準時間の変化率の状況はどのようになっているか。全保険者の上位5割に加点（要介護認定の変化）	×	0点	○	10点			
(2)	一定期間における要介護認定者の要介護認定基準時間の変化率の状況はどのようになっているか。全保険者の上位5割に加点	○	10点	○	10点			
Ⅲ 介護保険運営の安定化に資する施策の推進			60点		55点	34.2点		
(1) 介護給付の適正化								
(1)	介護給付の適正化事業の主要3事業のうち、3事業以上を実施しているか	○	10点	○	10点			
(2)	ケアプラン点検をどの程度実施しているか	○	10点	○	5点			
(3)	医療情報との実質・縦断点検を実施しているか	○	10点	○	10点			
(4)	福祉用具の利用に関しリハビリテーション専門職が関与する仕組みを設けているか。	○	10点	○	10点			
(5)	住宅改修の利用に際して、建築専門職、リハビリテーション専門職等が適切に関与する仕組みを設けているか。	○	10点	○	10点			
(6)	給付実績を活用した適正化事業を実施しているか	○	10点	○	10点			
(2) 介護人材の確保			10点		10点	5.7点		
(1)	必要な介護人材を確保するための具体的な取組を行っているか	○	10点	○	10点			

出典（堺市役所、大阪市役所からの情報提供により筆者作成（2019年8月））

4-2. 推計人口と高齢化率

図2は、2020年、2025年、2035年の堺市、住之江区、住吉区、の5歳階級別推計人口数である。堺市には区域別データが無かったため、市の全人口数で示している。また、点線は、団塊世代と団塊ジュニア世代の推移を表している。



出典（堺市、大阪市ホームページ：年齢別推計人口を用いて筆者作図）

図2：堺市、住之江区、住吉区の2020年・2025年・2035年5歳階級別推計人口ピラミッド

団塊世代が全て75歳となる2025年には、75歳以上割合が全人口の18.6%となる。これは、全国平均の18.0%を上回る結果である。2025年の65歳以上割合は29.4%（全国平均30%）になるとの見通しである。その後、2035年には30.8%に達し、着実に高齢化は進んでいくとされている。また、図2から5km圏内の人口数を換算すると、2020年1,100,382人が2025年1,070,389人、2035年1,028,481人と人口数は減少に転じている。人口ピラミッドは、2020年の時点でつぼ型を呈しているが、2035年にはつぼ型のふくらみがなくなっている。将来に進むほど右上方へ棒グラフが伸びていることから女性高齢者が増えていくということと、人口ピラミッドの下部が狭くなっていることから少子化が進展していくことが窺える。

4-3. 受療動向

表4は、5km圏内にある住之江区と住吉区、堺市、大阪市の2015年から2035年までの受療件数推移^hを示したものである。傷病分類は、「疾病及び関連保健問題の国際統計

^h 厚生労働省ホームページ 患者調査の概況「受療率」（2017）。2017年傷病分類別受療率に各区域の年齢区分別推計人口を乗算し、人口10万で割った数値を表した。

分類：International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems（以下「ICDⁱ」と略）」で区分している。

表 4：住之江区・住吉区・堺市・大阪市 人口 10 万対受療件数推移表

	2017年全国 人口10万対	住之江区				住吉区				堺市				大阪市			
		2015年	2020年	2025年	2035年	2015年	2020年	2025年	2035年	2015年	2020年	2025年	2035年	2015年	2020年	2025年	2035年
総数	1,036	1,273	1,226	1,170	1,039	1,598	1,571	1,532	1,449	8,695	8,603	8,418	8,168	27,881	27,864	27,591	26,517
I 感染症及び寄生虫症	16	20	19	18	16	25	24	24	22	134	133	130	126	431	430	426	410
II 新生物	112	138	133	126	112	173	170	166	157	940	930	910	883	3,014	3,012	2,983	2,867
III 血液及び循環血液の疾患並びに 免疫機構の障害	5	6	6	6	5	8	8	7	7	42	42	41	39	135	134	133	128
IV 内分泌、栄養及び代謝疾患	26	32	31	29	26	40	39	38	36	218	216	211	205	700	699	692	665
V 精神及び行動の障害	199	244	236	225	200	307	302	294	278	1,670	1,653	1,617	1,569	5,355	5,352	5,300	5,093
VI 神経系の疾患	100	123	118	113	100	154	152	148	140	839	830	813	788	2,691	2,690	2,663	2,560
VII 目及び附属器の疾患	9	11	11	10	9	14	14	13	13	76	75	73	71	242	242	240	230
VIII 耳及び乳突突起の疾患	2	2	2	2	2	3	3	3	3	17	17	16	16	54	54	53	51
IX 循環器系の疾患	180	221	213	203	180	278	273	266	252	1,511	1,495	1,463	1,419	4,844	4,841	4,794	4,607
X 呼吸器系の疾患	76	93	90	86	76	117	115	112	106	638	631	618	599	2,045	2,044	2,024	1,945
XI 消化器系の疾患	52	64	62	59	52	80	79	77	73	436	432	423	410	1,399	1,399	1,385	1,331
XII 皮膚及び皮下組織の疾患	9	11	11	10	9	14	14	13	13	76	75	73	71	242	242	240	230
XIII 筋骨格系および結合組織の 疾患	56	69	66	63	56	86	85	83	78	470	465	455	442	1,507	1,506	1,491	1,433
XIV 腎尿路生殖器系の疾患	40	49	47	45	40	62	61	59	56	336	332	325	315	1,076	1,076	1,065	1,024
XV 妊婦、分娩及び産褥	14	17	17	16	14	22	21	21	20	118	116	114	110	377	377	373	358
XVI 周産期に発生した病態	6	7	7	7	6	9	9	9	8	50	50	49	47	161	161	160	154
XVII 先天奇形、変形及び染色体 異常	4	5	5	5	4	6	6	6	6	34	33	33	32	108	108	107	102
XVIII 症状、徴候及び異常臨床 所見・異常検査所見で他に 分類されないもの	11	14	13	12	11	17	17	16	15	92	91	89	87	296	296	293	282
XXIX 損傷、中毒及びその他の 外因の影響	109	134	129	123	109	168	165	161	152	915	905	886	859	2,933	2,932	2,903	2,790
XXXI 健康状態に影響を及ぼす 要因及び保健サービスの利用	10	12	12	11	10	15	15	15	14	84	83	81	79	269	269	266	256

出典（厚生労働省 患者調査の概況 受療率から筆者作成）

総数を見ると、各区域の受療件数は 2015 年をピークに減少に転じている。受療件数が多い傷病別分類は、V．精神及び行動の障害（精神疾患、心理的発達障害等）、IX．循環器系の疾患、II．新生物（腫瘍）、XIX．損傷、中毒及びその他の外因の影響（出

ⁱ ICD は、異なる国や地域から、異なる時点で集計された死亡や疾病のデータの体系的な記録、分析、解釈及び比較を行うため、世界保健機関憲章に基づいて世界保健機関（WHO）が作成した分類である。

産外傷、骨折等)、VI. 神経系の疾患(中枢神経系炎症、認知症等)となっている。

2020年での病床100床あたり(受療総件数÷病院病床数×100床)の受療件数は、大阪市は88.1件、堺市は72.6件、住吉区は69.5件、住之江区は147.7件となる。住之江区だけは極端に、受療件数に対する病院病床数が不足していることが窺える。

4-4. 診療圏分析の小括

4節に関して、5km圏内の実情を中心に堺市と比較して纏める。

堺市は、人口829,176人で大阪府の二次医療圏に設定されている。A病院は、堺市の最北部に位置しており、そばに流れている川を北上するとすぐに大阪市医療圏に入る。A病院の診療圏5km圏内には、市内人口に占める割合が高い北区、堺区、住之江区、住吉区があり、その総人口数は堺市人口の7割に相当する規模である。

65歳以上高齢化率は、堺市と比較すると5km圏内は低く、10km圏内は高くなっている。また、0～4歳と15歳未満の人口比率は堺市より低い。少子化は堺市よりも進み、高齢化の進展は緩やかとなっているが、65歳以上単身世帯数、推計要介護認定者数は、堺市よりも多い状況。特に、大阪市の住之江区と住吉区に多い。医療、介護、在宅支援施設数は、全国平均数よりも堺市や大阪市は充実しているが、住之江区の人口10万対病院病床数と住之江区、北区の介護関連施設数が極端に少ない。逆に、在宅支援療養診療所、訪問看護ステーションは全国よりも施設数は多い。

堺市・大阪市における保険者機能強化推進交付金(市町村分)に係る評価指標の該当等状況調査結果では、地域密着型サービスでの実地指導等の質の取組みや地域包括支援センターの3職種の人員不足があげられている。

5. 競合分析

5-1. 地域医療構想

地域医療構想は、患者の状態に応じた医療機能の分化・連携や在宅医療の充実等を推進し、高度急性期から在宅医療まで切れ目なく、地域において効果的かつ効率的な医療提供体制を構築することを目的に各都道府県において策定されている。

表5に、大阪市、堺市における医療需要を、2013年を基準に2040年までの見込みを示した。大阪市、堺市ともに医療需要は、2030年までは高度急性期、急性期、回復期、慢性期において増加しているが、その後は低減している。しかし、堺市における慢性期の医療需要は、2030年から再度高まっていく。

表 5：大阪市、堺市における今後の医療需要の見込み

		2013年 (人/日)	2025年 (人/日)	対2013年	2030年 (人/日)	対2013年	2035年 (人/日)	対2013年	2040年 (人/日)	対2013年
大 阪 市	高度急性期	3,251	3,558	1.09	3,565	1.10	3,533	1.09	3,503	1.08
	急性期	8,286	10,013	1.21	10,252	1.24	10,199	1.23	10,131	1.22
	回復期	7,672	9,596	1.25	9,876	1.29	9,839	1.28	9,786	1.28
	慢性期	6,442	5,941	0.92	6,347	0.99	6,314	0.98	6,204	0.96
	合計	25,651	29,108	1.13	30,040	1.17	29,885	1.17	29,624	1.15
堺 市	高度急性期	646	744	1.15	749	1.16	739	1.15	731	1.13
	急性期	1,973	2,440	1.24	2,513	1.27	2,476	1.26	2,428	1.23
	回復期	1,763	2,314	1.31	2,408	1.37	2,373	1.35	2,323	1.32
	慢性期	3,631	2,945	0.81	3,913	1.08	3,857	1.06	3,697	1.02
	合計	8,013	8,443	1.05	9,583	1.2	9,445	1.18	9,179	1.15

出典（平成 30 年度大阪市、堺市、各医療・病床部会「地域医療構想の現状と今後の方向性」）

表 6 は、大阪市、堺市の 2014 年度病床機能報告数と、2025 年の推計必要病床数比較を示したものである。

表 6：2014 年度 病床機能報告制度による機能別病床数と 2025 年 必要病床数の比較

		高度急性期	急性期	回復期	慢性期
大 阪 市	病床機能報告数(2014)	5,304	16,594	2,162	6,505
	必要病床数(2025)	4,745	12,838	10,662	6,458
	差引	559	3,756	△8,500	47
堺 市	病床機能報告数(2014)	804	3,449	971	3,783
	必要病床数(2025)	991	3,128	2,571	3,202
	差引	△187	321	△1,600	591

出典（平成 28 年 3 月 大阪府地域医療構想 大阪市、堺市構想区域必要病床数）

大阪市の 2025 年必要病床数では、2014 年度の病床機能報告と比較して、高度急性期機能 559 床、急性期機能 3,756 床が過剰となっている。そして、回復期機能 8,500 床が不足している。同じく、堺市においては、急性期機能 321 床、慢性期機能 591 床が過剰となっており、高度急性期機能 187 床、回復期機能 1,600 床が不足となっている。

しかし、表 4 で示したように医療需要は 2030 年までは増加していく見込みであるが、その後は低減するため、病床過剰はさらに進む見通しである。また、1 節で説明したが、2023 年には大学病院が堺市内に移転することが決まっており、高度急性期を含む 800 床が新たに加わるため、堺市の急性期病床数はさらに過剰状態になっていく。

5－2．診療圏内の医療状況

診療圏には 77 病院、18,945 床（大阪市 6 区域：32 病院 6,499 床＋堺市：45 病院 12,446 床）の入院病床がある。そのうち、地域医療支援病院は 6 施設、在宅療養支援病院は 19 施設となっている。二次救急告示医療機関は 39 施設（大阪市 6 区域：18 病院＋堺市 21 施設）、二次・三次救急告示医療機関は 2 施設あり、診療圏には総合病院や専門病院が数多く集積している。

図 3 は、地図に記している 200 床以上の病院の施設概要をまとめたものである。大規模病院と言われる DPC（Diagnosis Procedure Combination）^j算定病床数 400 床以上の施設が 6 施設ある。そのうち、三次救急医療機関は 2 施設あり、がん診療拠点病院においては 5 施設存在している。B 病院、F 市立総合医療センター（以後、F 病院）、H 急性期総合医療センター（以後、H 病院）は基幹型病院として医療の中核を担っている。そのなかで A 病院は DPC 算定病床数や医療機能から見ても、他施設より規模は小さい。

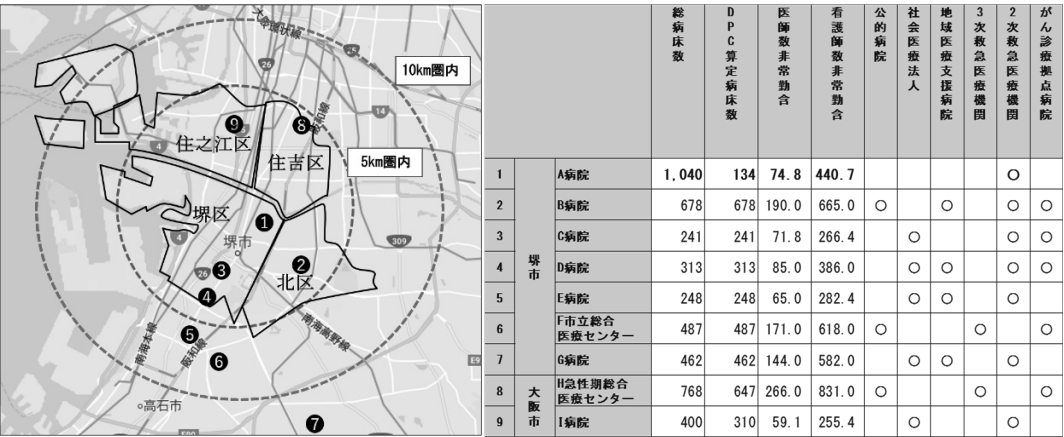


図 3：堺市、大阪市 200 床以上施設概要

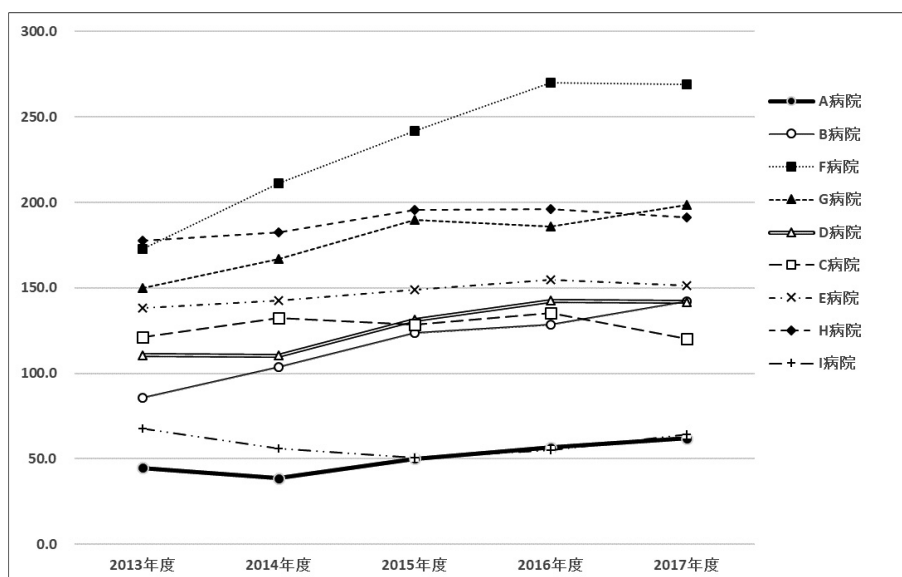
出典（平成 30 年度 医療・病床部会資料を用いて筆者作図）

図 4 は、診療圏における 2013 年度から 2017 年度までの救急搬送件数推移である。F 病院の救急搬送件数が最も多い。2015 年に三次救急医療機関となり、さらに著しく救急搬送件数を伸ばしている。また、同じ三次救急医療機関である H 病院の件数も

^j DPC とは従来の診療行為ごとの点数をもとに計算する「出来高払い方式」とは異なり、入院期間中に治療した病気の中で最も医療資源を投入した一疾患のみに厚生労働省が定めた 1 日当たりの定額の点数からなる包括評価部分（入院基本料、検査、投薬、注射、画像診断など）と、従来どおりの出来高評価部分（手術、胃カメラ、リハビリなど）を組み合わせる方式。

他施設よりも多い。次いで、G 病院であるが、2017 年には 2 番目の多さとなっている。

総体的に、堺市内の病院の救急搬送件数は増加していることが窺える。特に、G 病院、D 病院、B 病院の救急搬送件数が伸びているのは明らかである。A 病院も救急搬送件数を増やしてはいるが、他病院に比べて総件数は少ない。また、I 病院に関しては、2016 年度から回復してきているが、A 病院と同等の救急搬送件数となっている。



出典（平成 29 年度 DPC「救急車による搬送の有無」を用いて筆者作図）

図 4：診療圏における各病院の救急搬送件数推移表

図 5 は、診療圏における各病院の救急搬送 MDC^k別件数である。

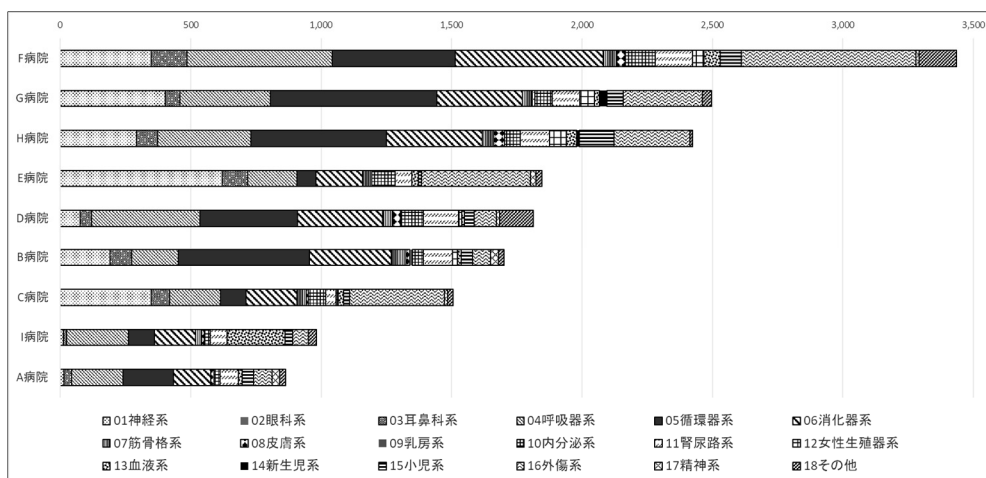
MDC 01 神経系疾患は、くも膜下出血や脳梗塞など脳疾患が含まれている。E 病院の救急搬送件数が多く、次いで C 病院が多い。E 病院ならび C 病院は、脳神経外科を基盤に脳卒中ケアユニットを配備し、展開している病院である。

MDC 04 呼吸器系疾患、MDC 05 循環器系疾患、MDC 06 消化器系疾患は、各病院において救急搬送件数の多い診断群分類である。MDC 04 呼吸器系疾患は、F 病院や D 病院が多い。MDC 05 循環器系疾患は、G 病院ならび H 病院、B 病院の件数割合が多い。MDC 06 消化器系疾患は、F 病院、G 病院、H 病院、D 病院、B 病院が多い。

^k MDC とは、主要診断群（Major Diagnostic Category）のことで、診断群分類（DPC）を臓器別にまとめて、診療科の観点から 18 分類している。

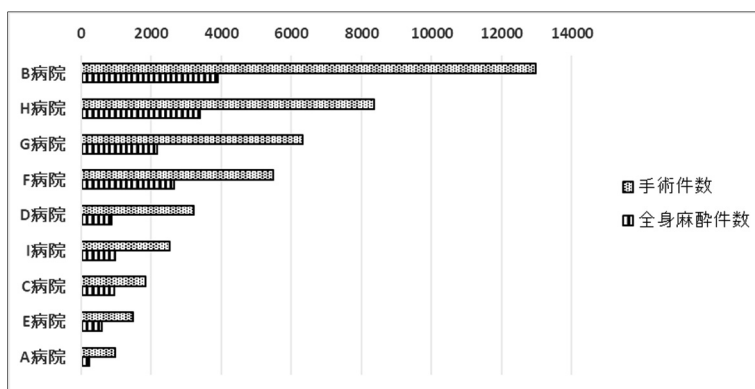
MDC 16 外傷・熱傷・中毒は、骨折や臓器損傷などが含まれる。F 病院に次いで、E 病院と C 病院が多い。

5 km圏内で救急搬送件数割合が一番多いのは、H 病院であり、A 病院の 3 倍ほどの規模である。D 病院、B 病院、C 病院においては A 病院の 2 倍ほどの規模となっている。各分類でまとめると、MDC 01 神経系疾患は C 病院、MDC 04 呼吸器系疾患は D 病院、MDC 05 循環器系疾患は B 病院、MDC 06 消化器系疾患は H 病院と B 病院、MDC 16 外傷・熱傷・中毒は C 病院が多い。



出典（平成 29 年度 DPC「救急車による搬送の有無医療機関別 MDC 別集計」を用いて筆者作図）

図 5：診療圏における各病院の救急搬送 MDC 別件数推移表

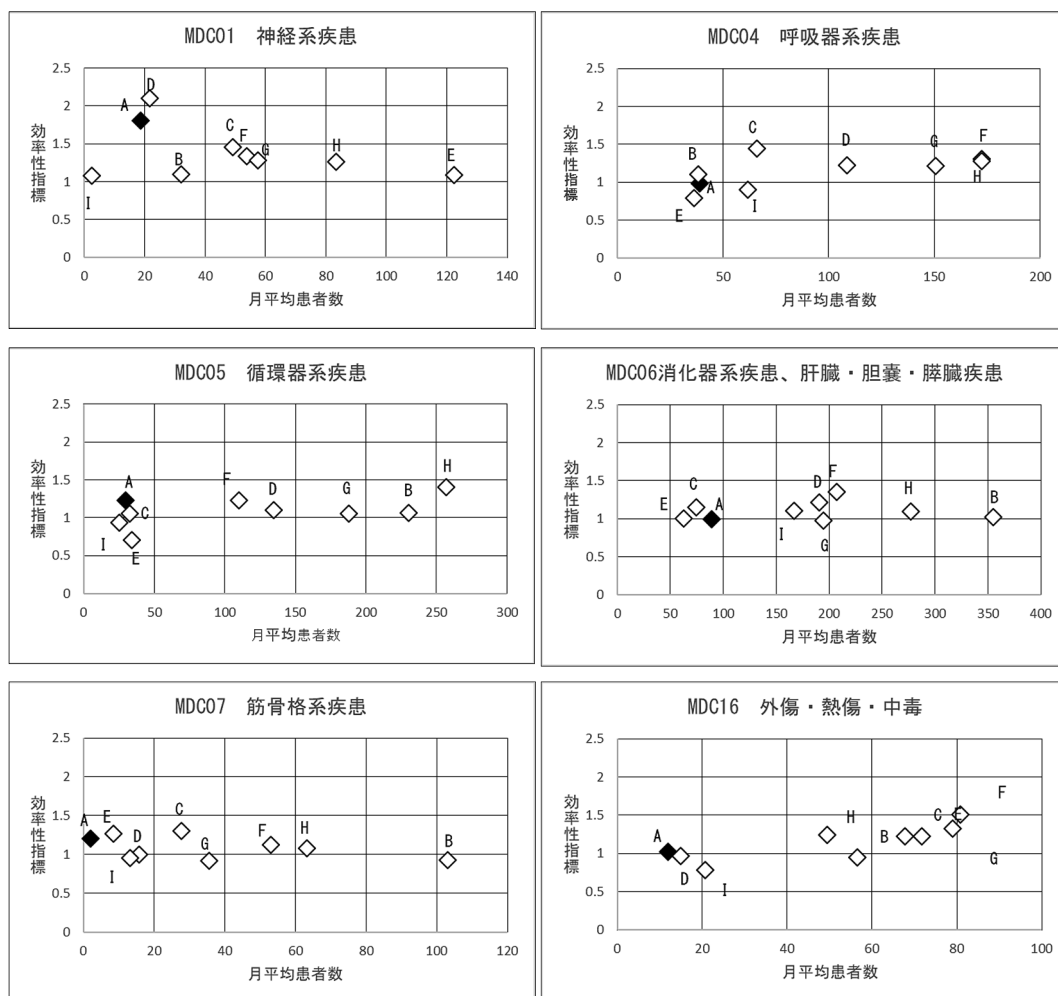


出典（平成 29 年度 DPC「手術化学療法放射線療法全身麻酔」を用いて筆者作図）

図 6：診療圏における各病院の手術、全身麻酔件数表

図 6 は、診療圏における各病院の手術、全身麻酔件数である。B 病院は、平成 29 年度 DPC 導入の影響評価に関する調査においても、全国で 5 番目に手術件数が多い。A 病院の手術件数は、圏内において最も少ない。

図 7 は、診療圏での病院間競争力¹を示したものである。



出典（病院情報局による各病院診療実績データを用いて筆者作図）

図 7：診療圏内競争力分析

¹ 病院間競争力分析（病院情報局 HP より作成）：競争力のある病院ほど右上に位置することになる。右上に位置する病院ほど、地域において相対的に多くの患者が集まり、かつ、平均在院日数が短く効率的な医療が提供されていることになる。一方で、左下に位置する病院は当該分野の診療においてシェアが小さく、効率性も悪いことになる。

MDC 毎に、月平均患者数を横軸に、効率性指数（在院日数指標）^mを縦軸にとり、それぞれの座標位置に各病院をプロットした。本稿では A 病院の医療機能に合わせて、18 分類から MDC 01 神経系疾患、MDC 04 呼吸器系疾患、MDC 05 循環器系疾患、MDC 06 消化器系疾患・肝臓・胆嚢・膵臓疾患、MDC07 筋骨格系疾患、MDC 16 外傷・熱傷・中毒の 6 分類について行った。

MDC 01 神経系疾患では、E 病院の月平均患者数が極めて多い。次いで、H 病院、G 病院の順になっている。上位 5 病院には脳卒中センターがあり、脳神経外科を基盤にした二次救急指定病院である。特に、C 病院は、2015 年に脳卒中センターを開設して以降、MDC 01 神経系疾患が急増している。

MDC 04 呼吸器系疾患は、F 病院と H 病院、次いで G 病院の月平均患者数が多い。F 病院と H 病院は病床数が多く、大規模病院である。

MDC 05 循環器系疾患は、H 病院、B 病院、G 病院の順で月平均患者数が多い。経皮的動脈弁置換術（TAVI）など最新の治療を取り入れている病院である。特に、B 病院が MDC 05 循環器系疾患に注力していることが窺える。

MDC 06 消化器系疾患は、MDC 分類のなかで一番患者数が多い。B 病院の月平均患者数が多い、次いで H 病院、F 病院、G 病院、D 病院の順になっている。これらの病院は、地域がん診療連携拠点病院であり、図 6 で示したように手術件数が多い病院である。

MDC 07 筋骨格系疾患は、骨腫瘍や脊椎関連等である。月平均患者数から見て、B 病院が他病院に比べて特化していることが窺える。

MDC 16 外傷・熱傷・中毒は、F 病院、G 病院、E 病院、C 病院の順に月平均患者数が多い。この診断群では、小中規模である E 病院と C 病院に月平均患者数が多い、反対に、D 病院や I 病院、A 病院は少ない。

A 病院は、各 MDC 分類において左側に位置している。MDC 01 神経系疾患では、D 病院とほぼ同じ月平均患者数で、その次が I 病院となっている。MDC 04 呼吸器系疾患は B 病院や E 病院とほぼ同じ位置。MDC 05 循環器系疾患では、A 病院、C 病院、E 病院、I 病院が下位側でほぼ同じ月平均患者数になっている。MDC 06 消化器系疾患は、7 番目に位置しており、次いで C 病院、E 病院となっている。MDC 07 筋骨格系疾患、MDC 16 外傷・熱傷・中毒は、I 病院、D 病院ともに月平均患者数は特に少ない。

相対的には、病床規模が大きい病院ほど競争力でのポジショニングは上位に位置し、病床規模が中小である病院は下位側に位置している。

^m 効率性指数は、全国平均の MDC 別平均在院日数を各病院の MDC 別平均在院日数で除算したもので、全国平均を 1 とする。効率性指数の数値が大きいほど、同じ傷病を治療する場合の平均在院日数が短いことを示す。

5－3．競合分析の小括

堺市、大阪市ともに診療圏内の医療需要は2030年にピークを迎え、その後は低減していく。堺市の地域医療構想では、2025年の必要病床数は高度急性期と回復期が不足、急性期はほぼ充足している。2023年の大学病院移転に伴い、高度急性期と急性期病床は過剰状態となる。堺市内だけでも、DPC算定病床400床以上ある病院は3病院で、3次・2次救急医療機関やがん診療拠点病院などの機能を備えた病院が多い。

救急搬送件数で特徴的なのは、大阪市の住之江区や住吉区の件数が横ばいであるのに対して、堺市の救急搬送件数は大幅な伸びがみられている。救急搬送件数だけでなく、手術件数、MDC診断群別競争力において400床前後ある病院が上位を占め、A病院を含む中小規模病院は下位に位置している。C病院とE病院は、MDC 01神経系疾患、MDC 16外傷・熱傷・中毒に特化している。I病院に関しては400床以上ある病院であるが、救急搬送件数や診療実績結果は高くはなかった。A病院においては、救急搬送・手術件数・診療実績等の結果から他病院と比較して規模は小さい。

6．A病院分析

6－1．A病院の概要

A病院は、1922年に120床の精神病院として開院した。結核を併発した精神疾患患者の治療を行うために内科を標榜し、のちに精神病床と一般病床を併せて1,000床を越える総合病院に発展する。精神疾患患者の身体治療も合わせて医療を自院完結していくことと、その医療施設を地域に還元すること、そして、生活困窮者に対する治療、保護施設として経営していくことで財団法人化（現在は、公益財団法人）となっている。歴史ある精神科診療を基盤に、地域住民の健康を守るため、地域に根差した医療を提供し続けている病院である。現在の病床数は、精神病床804床と一般病床223床の1027床。精神病院にDPC算定病床がある病院は近隣には無い。一般病床は2013年に建替えをし、救急急性期から回復期まで種々の病床機能を持ち合わせたケアミックス病院として展開している。関連施設として、介護老人保健施設、訪問看護ステーション、ケアプランセンター、認知症疾患医療センター、介護老人福祉施設、地域包括支援センターがある。ただし、精神病床の建物は20年以上経過しているものもあり、これから保守計画強化が一層必要となっている。

表7は、A病院の各病棟における医療機能ならび病床稼働率と平均在棟日数である。

厚生労働省が示した「2018 年度調査結果概要」¹⁾では、一般病棟入院基本料 1（以後：急性期病棟）の病床稼働率は 80%、平均在棟日数は 12.0 日となっている。

表 7：2017 年度 A 病院各病棟の医療機能一覧ならび稼働率、平均在棟日数

届出病床	医療機能	主とする診療科	許可病床数	病床稼働率	平均在棟日数
ハイケアユニット 入院管理料 1	高度急性期	内科	8	66.7%	2.5 日
一般病棟 7 対 1	急性期	外科	42	73.7%	11.5 日
一般病棟 7 対 1	急性期	内科	42	85.6%	10.8 日
一般病棟 7 対 1	急性期	内科	42	84.0%	13.0 日
緩和ケア病棟入院料 1	急性期	内科	20	76.0%	27.1 日
地域包括ケア病棟 1*	回復期	内科	31	91.1%	42.5 日
回復期 リハビリテーション 2*	回復期	リハビリテーション科	38	91.2%	69.7 日

出典（平成 30 年度大阪府堺市堺医療・病床部会：各病院の医療機能一覧を用いて筆者作成）

* は、2016 年度入院基本料の名称を使用

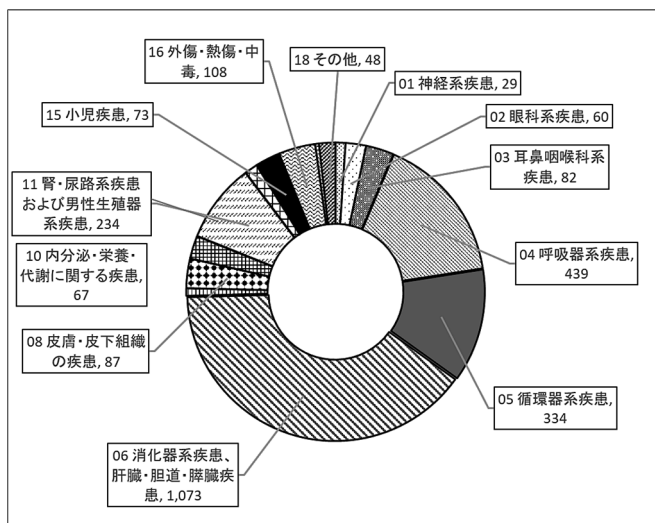
A 病院では、内科病棟の病床稼働率が 84～85%と「2018 年度調査結果」の平均病床稼働率よりも良いが、外科病棟は 73.7%と低い。平均在棟日数は、内科急性期の 1 病棟だけが 13.0 日と平均越えとなっているが、その他の急性期病棟の平均在棟日数は 10～11 日と短い。また、2018 年診療報酬改訂後の急性期病棟における「重症度、医療・看護必要度評価 I」割合は、33%から 37%で推移している。

また、特定病床として、回復期リハビリテーション病棟入院料 3（以後、回復期リハビリテーション病棟）、緩和ケア病棟入院料 1（以後、緩和ケア病棟）、地域包括ケア病棟入院料 2（以後、地域包括ケア病棟）がある。回復期リハビリテーション病棟の対象疾患は、骨折後、脳血管疾患、廃用症候群等で入院期間は 60 日から 180 日である。A 病院は脳神経外科の標榜が無いとため、脳血管疾患系のリハビリテーション対象患者は、外部の病院からの転入が必要となる。緩和ケア病棟の入院要件は、悪性腫瘍の患者又は後天性免疫不全症候群に罹患している患者である。A 病院は、エイズ診療拠点病院ではないため、悪性腫瘍患者が入院受け入れの対象となる。地域包括ケア病棟は、急性期医療を経過した患者や在宅療養を行っている患者の緊急受入れ、患者の在宅復帰支援を行っている。入院期間は 60 日以内である。A 病院の地域包括ケア病棟は 91.1%（全国平均 90%）、回復期リハビリテーション病棟は 91.2%（全国平均 85%）である。ただし、A 病院全体の病床稼働率は、平成 26 年度 85.1%、平成 27 年度 85.0%、平成 28

¹⁾ 厚生労働省ホームページ 中央社会保険医療協議会（入院医療等の調査・評価分科会）2019 年 6 月 7 日資料

年度 83.2%と低下してきている。

図 8 は、A 病院の診療実績の図である。MDC 06 消化器系疾患の診療実績が最も多く、次いで MDC 04 呼吸器系疾患、MDC 05 循環器系疾患、MDC 11 腎・尿路系疾患が多い。A 病院は消化器系疾患、呼吸器系疾患、循環器系疾患の診療を中心に展開している。

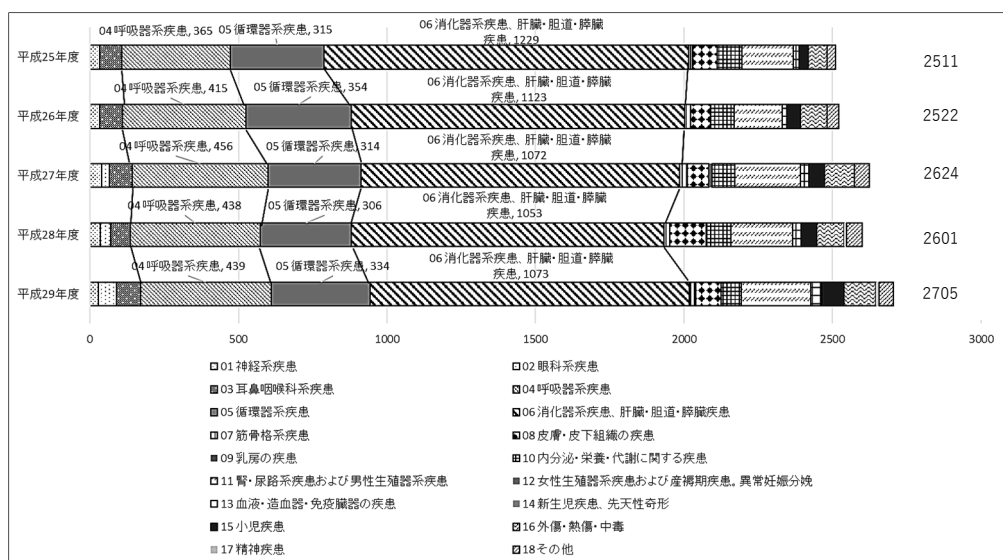


出典（平成 29 年度 DPC「MDC 別医療機関別件数」を用いて筆者作図）

図 8 : MDC 別 A 病院診療実績

図 9 は、平成 25 年度から平成 29 年度の A 病院の MDC 別診療実績推移表である。

総数は、平成 28 年度に一時的な低下は見られるものの、平成 25 年に建て替えを行ってから総数は微増している。主診療機能である MDC 04 呼吸器系疾患、MDC 05 循環器系疾患 MDC 06 消化器系疾患は、建て替え後も診療実績数は横ばいで、MDC 06 消化器系疾患のみ平成 27 年度より微増となっている。図 6 で手術、全身麻酔件数を示したが、A 病院の手術件数推移は、平成 25 年度 844 件、平成 26 年度 907 件、平成 27 年度 940 件、平成 28 年度 916 件、平成 29 年度 984 件と件数が上下しているものの、ほぼ横ばい状態である。



出典（平成 25 年度～平成 29 年度 DPC「MDC 別医療機関別件数」を用いて筆者作図）

図 9 : MDC 別 A 病院診療実績推移表

表 8 は、A 病院精神病床の医療機能と病床稼働率、平均在棟日数である。精神科救急入院病棟は 2 病棟、精神科急性期病棟は 1 病棟、精神科療養病棟は 2 病棟、精神科認知症病棟は 2 病棟、精神科一般病棟は 7 病棟である。2015 年日本医療機能評価機構⁹⁾による「2015 病院機能評価結果」では、精神科病床の病床稼働率は 91.4%、平均在院日数は 208.8 日となっている。

表 8 : A 病院精神科病棟・病床数と各入院基本料

	病床数	入院基本料	病床稼働率	平均在院日数
精神科救急入院病棟	102床	3557点	91.40%	208.8日
精神科急性期病棟	60床	1984点		
精神科療養病棟	120床	1090点		
認知症治療病棟	120床	1809点		
精神科一般病棟	402床	946点		

出典（公財 日本医療機能評価機構病院機能評価結果 A 病院 2015 審査結果報告を用いて筆者作成）

⁹⁾ 出所：公財 日本医療機能評価機構病院機能評価結果 A 病院 2015 審査結果報告

^{P)} 公益財団法人日本医療機能評価機構は、国民の健康と福祉の向上に寄与することを目的とし、中立的・科学的な第三者機関として医療の質の向上と信頼できる医療の確保に関する事業を行う公益財団法人。

6－2．A 病院地域連携室の概要

地域連携室の役割は、前方支援・後方支援である。前方支援は、医療機関（病院・診療所）、介護関連施設との連携である。業務内容は、紹介患者の診察・検査の予約、地域医療機関との連絡調整、他医療機関への逆紹介（診療予約申込み）、「かかりつけ医」の紹介等で、看護師 2 名と事務員 5 名で業務にあたっている。後方支援業務は、在宅療養、後方病院転院、施設入所などへの退院支援（退院支援加算 1 取得）、介護保険・福祉制度に関する相談、病院・診療所との連携調整等で、看護師 3 名と社会福祉士 5 名で業務にあたっている。

6－3．A 病院の財務分析

表 9 は、平成 27 年度から平成 30 年度の A 病院の財務状況をまとめたものである^q。医業収益は、精神病床の収益も含んでいる。平成 28 年度に医業収益の落ち込みが見られるが、その後は微増している。平成 28 年度は診療実績や手術件数、病床稼働率の低下（図 9）がある。医業損益においてもマイナスに転じている。平成 29 年度は、診療実績を伸ばしているが入院収益は上がっていない。人件費が前年度より 338 百万円も増加しており、2 年連続のマイナス収益となっている。平成 30 年度は、医業収益、医業支出ともに増加している。特に、入院収益が増え、人件費が低下している。医業損益はプラスに転じている。

一般社団法人日本病院会「病院経営の質推進委員会」による平成 27 年度 診療報酬等に関する定期調査で示されている^r一人一日あたり診療収入（単価）で、200～299 病床規模の一般病棟入院基本料は 45,494 円となっている。ハイケアユニット入院医療管理料は 62,301 円、回復期リハビリテーション病棟入院管理料は 45,032 円、地域包括ケア病棟入院料は 41,144 円、緩和ケア病棟入院料は 58,873 円となっている。それらの平均から、A 病院の一人一日あたり診療収入（単価）を 50,568 円と設定する。つまり、A 病院での一般病床の年間入院収益は 3,427 百万円（50,568 円×185.7 床（表 6 許可病床数×病床稼働率）×365 日）となる。A 病院の医業収益は、精神病床の収益と合算しているため、平成 30 年度で考えると、残りの 7,990 百万円は精神病床からの収益によるものと推察される。

減価償却前経常利益率（Earnings before interest, taxes, depreciation and amortization：以下、EBITDA）は、平成 27 年度 6.2%、平成 28 年度 5.8%、平成 29

^q 情報公開条例第 6 条の規定に伴う公開請求に係る行政文章 A 病院財務データ

^r 一般社団法人日本病院会ホームページ 病院経営の質推進委員会 平成 27 年度 診療報酬等に関する定期調査 一集計結果報告書（概要）

年度 6.28%、平成 30 年度 6.4%と推移している。

表 9 :A 病院 財務分析指標（医業損益、人件費率、材料費率、減価償却費率、EBITDA）

	(単位:百万円)			
	平成27年	平成28年	平成29年	平成30年
医業収益	11,357	11,135	11,207	11,417
入院収益	8,445	8,215	8,189	8,224
外来収益	1,458	1,459	1,575	1,583
その他収益	1,454	1,461	1,443	1,610
医業費用	11,284	11,155	11,228	11,386
人件費	6,535	6,302	6,640	6,192
材料費	1,399	1,326	1,359	1,370
減価償却費	636	558	649	699
経費、その他	2,714	2,969	2,580	3,125
医業損益	73	-20	-21	31
人件費率	57.5%	56.6%	59.2%	54.2%
材料費率	12.3%	11.9%	12.1%	12.0%
減価償却費率	5.6%	5.0%	5.8%	6.1%
EBIDA	6.2%	4.8%	5.6%	6.4%

出典（大阪府情報公開条例 公開請求に係る行政文書より 4 期分の財務諸表¹¹⁾を用いて筆者作図）

平成 30 年度の人件費率は 54.2%。減価償却費率は 6.1%、材料費率は 12.0%であった。石井，西田（2016）によれば、ケアミックス病院の人件費率は 58.6%、精神科病院では 62.8%とされており¹²⁾、A 病院の人件費率 54.2%は低い。材料費率に関しても、ケアミックス病院の水準は 14.1%、精神科病院は 10.7%とされているので、A 病院の 12.0%はケアミックス病院としては水準以下となっている。

6－4．A 病院分析の小括

精神病床 804 床を含む 1,000 床を越える病院であるが、一般病床数は 223 床、DPC 算定病床数は 126 床と中規模病院である。一般病床には、急性期、ハイケアユニット、回復期リハビリテーション、地域包括ケア、緩和ケア病棟がある。関連施設は、介護老人保健施設、訪問看護ステーション、ケアプランセンター、認知症疾患医療センター、介護老人福祉施設、地域包括支援センターがあり、在宅支援や認知症治療にも対応出来るようになっている。主な診療は、消化器系疾患、呼吸器系疾患、循環器系疾患の 3 疾患である。急性期病棟の外科病床稼働率は 73.7%と低く、手術件数もここ数年横ばい状態である。回復期リハビリテーション病棟、緩和ケア病棟の対象患者の多くは、外部の病院から受け入れる必要がある。

医業収益の 7 割は、精神病床からの収益と推察される。平成 28 年度と平成 29 年度

の医業損益はマイナスとなっており、その年は診療実績や手術件数、病床稼働率の低下が見られたが、平成 30 年度はプラスに戻している。人件費率と材料費率は水準以下に抑えることが出来ている。

7. 経営戦略の根拠となる事実とその方法

表 10：A 病院 SWOT クロス分析表

		機 会	脅 威
		・5km圏内の人口数は堺市の7割に相当する ・5km圏内の65歳以上単身世帯と要介護認定者数が多い ・住之江区の病院病床数は不足している。 ・I病院は400床以上の病院であるが、救急件数や診療実績結果は高くない。	・診療圏の人口減少はすでに始まっている。 ・二次医療圏内の高度急性期と急性期の病床数は過剰となる。 ・堺市には、救急、手術件数、診療実績が高い急性期に特化した病院が多い。 ・北区の介護関連施設数は少ない。 ・住之江区と住吉区に65歳以上単身世帯数、推計要介護認定者が多い。
強 み	・診療圏は、堺市と大阪市が半分ずつ入り、大阪市からの患者も見込める。 ・病院設立の歴史は古く、開設当時から地域に根差して医療を展開している。 ・ケアミックス機能である。 ・精神疾患治療を基盤にしており、精神疾患、認知症患者の即時対応が可能。	【①強みを活かす】 ・立地条件を活かして、堺市北部エリアの地域医療に集中する。 ・集中戦略していくうえで地域密着型病院としての役割を強化していく。	【②強みで脅威に立ち向かう】 ・精神疾患、認知症患者の急性期対応に特化する。 ・他院急性期と自院の緩和ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟、地域包括ケア病棟との連携を図り、患者を獲得する。
弱 み	・救急、手術件数、診療実績は、堺市医療圏において下位に位置している ・一般病棟入院料 1 病床の外科病床稼働率は 73.7%と低い。 ・平成28年度、29年度の医業収支はマイナス、平成30年度はプラスも31百万円。	【③弱みを転換して機会を掴む】 ・5km圏内、特に住之江区からの患者獲得を強化する。 ・救急、診療所、介護関連施設との連携を強化する。特に、手術に繋がる消化器ならび循環器に特化した診療所との連携数の拡大を図る。	【④脅威を何とか回避する】 ・人口動態を含め地域データに着目し、事業展開に留意していく。 ・従前の医療機能と診療実績の維持向上と、固定費管理を徹底する。

出典（4. 診療圏分析、5. 競合分析、6. A 病院分析から筆者作図）

表 10 は、「4. 診療圏分析」、「5. 競合分析」、「6. A 病院分析」情報からの SWOT クロス分析である。経営戦略の根拠となる事実とその方法について述べる。

〔強み×機会〕では、A 病院の 5 km圏内の人口数は堺市人口の 7 割に相当し、65 歳以上世帯や要介護認定者が多いことから高齢者の医療・介護需要は高いと考える。A 病院は堺市、大阪市双方から患者獲得をしやすい 5 km圏内の中心に位置している。周囲の病院は急性期に特化しており、A 病院ほどのケアミックス機能を持ち合わせた病院は無い。そのため、地域密着型病院としての機能を強化していき、リピーター患者を増やしていくことが戦略として考える。

方法として、退院支援を強化して地域に根差した医療提供体制を強固にしていく。

前述しているように、多くの高齢者は慢性期疾患や障害を抱えて退院することになる。慢性期疾患や障害を抱えて地域で生活していくためには、生活支援とそのマネジメントが必要となる。

A 病院の地域連携室には退院支援機能があり、入退院支援加算^sを取得している。主な支援内容として、入退院支援加算^sは退院支援担当看護師が入院早期から退院後の生活に向けて患者や家族と、退院時共同指導料^tは医師、看護師が在宅での療養上必要なことについて在宅療養を担う医師や看護師等と、介護支援等連携指導料^uは社会福祉士が、導入が望ましい介護サービスについて介護支援専門員等と連携し、各支援を行っている。そのことにより、医療・介護・福祉が一体となって患者を地域で支える体制が整うことになり、より手厚い退院支援の提供になる。そして、地域包括支援センター^vとの連携も重要視していく必要がある。介護関連施設が少ない北区への退院が決まった時や扶養機能が乏しい高齢者が退院する際は、継続的ケアマネジメントの支援が必要となるため、地域包括支援センターとの連携が必要となる。

さらに、健康破綻が起きて入院が必要になった場合は、A 病院がすぐに受け入れるようにしておく。そのことにより、病院と患者の関係は構築され、リピーター患者となる。特に堺市北部エリアにおいてリピーター患者が増えることは、他病院との差別化に繋がっていくこととなる。

〔強み×脅威〕では、堺市内には急性期に特化した病院が多く、さらに人口が減少に転じているので競合・競争はさらに激化していく。そのなかで、A 病院の規模ほどの精神診療機能がある病院は近隣に無く、24 時間、精神疾患や認知症患者の対応が出来る。また、A 病院には緩和ケア病床、回復期リハビリテーション病床、地域包括ケア病床があり、後方支援の機能を活かして、急性期からの継続医療の役割を担うことが出来る。そのことから、精神疾患や認知症患者の急性期治療に特化することと他急性期病院から緩和ケア病床、回復期リハビリテーション病床、地域包括ケア病床への転院受入れを強化していく戦略が考えられる。

方法として、急性期治療が必要となった精神疾患、認知症患者に対しては、24 時

^s 入退院支援加算：入院早期に患者及び家族、病棟看護師、入退院支援職員、社会福祉士等が話し合い、退院に向けて積極的な支援の取組みや施設間の連携等を行うもの。

^t 退院時共同指導料：退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、退院後の在宅療養を担う医師や看護師等と共同して行うもの。

^u 介護支援等連携指導料：医師、看護師、社会福祉士等が介護支援専門員等と共同して、導入が望ましい介護サービスについて説明や指導を行うもの。

^v 地域包括支援センターの業務内容は、地域の高齢者とその家族に対する「総合相談支援」、「権利擁護」、「介護予防ケアマネジメント」、「包括的・継続的ケアマネジメント支援」である。中学の各学区を日常生活圏域として、一つのセンターが担当する形で設置されている。

間、精神科医療の対応が出来る病院として、救急隊や他の医療機関と連携し、受け入れ促進を図っていくことで、他の急性期病院との差別化を図っていく。

後方支援として、急性期病院からの受入れ促進に関しては、緩和ケア病床は、がん診療連携拠点病院である B 病院や H 病院、脳血管疾患や整形外科系疾患に関しては C 病院が近隣に位置していることもあり、特に連携を強化していきたいところである。そのために A 病院地域連携室は、B 病院、C 病院、H 病院との連携を強化していくために各医療機関の地域連携室との顔の見える化や、合同勉強会、連携調整会議等を行って、より結合した連携の構築となるようにしていく。また、ツールとして地域医療連携パスの活用推進も強化していく。クリニカルパスは標準化された治療計画であるため、シームレスな連携となる。さらに、新たな連携パス作成にも取り組んでいくことで、他急性期病院から A 病院転院へのフローが強化され、より差別化が図られることになる。

〔弱み×機会〕では、A 病院 5 km 圏内の住之江区の病院病床数は不足しており、I 病院の救急件数や診療実績も A 病院とほぼ同等である。A 病院は堺市での医療実績は他病院と比べ高くないため、住之江区との連携強化を図っていく戦略が必要と考える。

方法として、住之江区内の救急隊、診療所、介護関連施設との連携を強化して、救急患者と紹介患者を増やしていく。住之江区は在宅療養支援診療所が多いので、A 病院の診療機能の主である循環器や消化器疾患を扱っている診療所との連携を強化していきたいところである。消化器系疾患に関しては外科治療に繋がる可能性もあるので、連携医を増やしていく必要がある。住之江区からは A 病院への鉄道によるアクセスが悪く高齢者も多くなっていることから、患者搬送サービスの検討も必要である。従前以上に、住之江区には医療資源を集中して連携を積極的に行っていくことが重要となる。

〔弱み×脅威〕では、堺市の急性期病床数が過剰状態、急性期医療の競争・競合激化等に対して、平成 28 年度、平成 29 年度の医業損益はマイナスであった。診療実績が影響していることは言うまでもないが、診療報酬の動向に留意していくとともに、固定費管理を堅実にしていく必要がある。

8. 考察

前節で検討した経営戦略を踏まえて、A 病院が急性期病院との競合・競争ではなく差別化集中戦略にシフトチェンジする必要性と、地域密着型病院として役割機能を果たしていくための複合的・継続的医療提供体制の構築とそのマネジメントについて考察する。

8－1．堺市での競合・競争から差別化集中戦略へのシフトチェンジの必要性

2025 年に向けての医療機能ごとの医療需要と病床の必要量推計では、堺市医療圏の急性期病床は過剰状態であり（表 6）、さらに 2023 年の大学病院移転に伴って、高度急性期と急性期病床数はさらなる過剰に突入することが分かった。そのなかで、救急搬送件数（図 4）、手術ならび全身麻酔件数（図 6）、競争力分析（図 7）から、大規模急性期病院は上位に、A 病院のような中小規模病院は下位に位置するような結果であった。また、その競争力分析（図 7）からは、A 病院が優位に立つことが出来る MDC 分類はなかった。他病院との競争・競合の問題に加え、人口減少による患者総数の減少も加わって診療実績は必然的に低下していくと思われるので、そのことを念頭に置いた基本戦略が必要となる。そのためには、「差別化」と「集中」が必要となる。

〔強み×脅威〕から、精神疾患や認知症疾患患者の急性期治療に特化する差別化戦略は重要と考える。「急性期病院において認知症高齢者を擁護する」日本老年看護学会の立場表明 2016 年¹³⁾にあるように、まだまだ、急性期病院で従事する職員が認知症患者また精神疾患患者に接して戸惑うこと、BPSD^Wや精神症状の対応に苦慮することが多いと思われる。そのため、A 病院が 24 時間、精神医療を提供することが出来ることを強みに、精神疾患や認知症疾患を患っている患者の急性期治療の受け入れを推進することは、他の急性期病院に無い差別化に繋がっていくと考える。

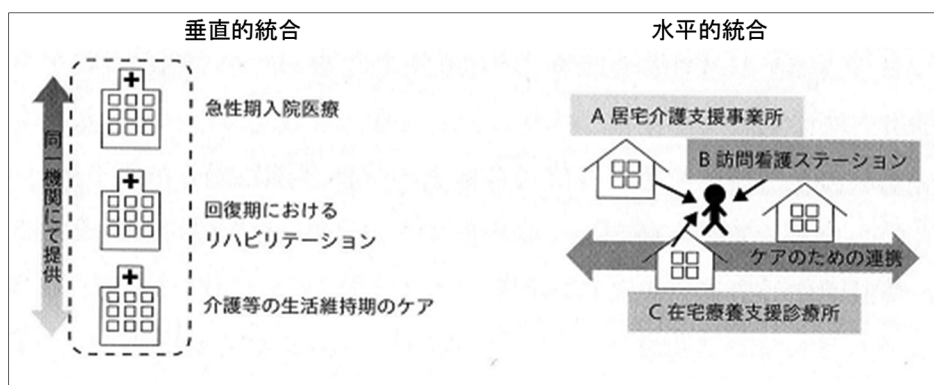
集中戦略に関しては、〔弱み×機会〕で述べたように住之江区との連携を強化していくことである。住之江区は市民病院の撤退もあって、周囲地区と比べ明らかに人口 10 万対の病院病床数が少ない。その反面、在宅療養支援診療所が多いことや高齢者世帯、高齢単身世帯割合が高いことから、医療ニーズは高いと考えられる。診療所が対応できるレベルの症状であれば良いが、入院加療が必要になった場合、診療所はかなり困る状況にある。そのため、新規開拓も含めて入院加療が必要になった場合の連携強化をしておく必要がある。具体的には、入院が必要になった場合の A 病院への緊急連絡方法と患者搬送についてである。特に患者搬送については、重症で明らかに救急搬送が必要な場合は手立てがあるが、救急搬送までに至らない症状の場合、家族支援が乏しいと思われる高齢者が多いため、来院に困ることが予測される。A 病院までの鉄道によるアクセスは悪いが、車で約 10 分（5 km 圏内）の距離であるため、現在の患者搬送サービスの拡大を含め、住之江区との連携に注力して新規患者獲得を行っていくようにしなければならない。

^W 認知症に伴う行動・心理症状を表す“behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD)”には、具体的には、易刺激性、焦燥・興奮、脱抑制、異常行動、妄想、幻覚、うつ、不安、多幸感、夜間行動異常、食行動異常などが含まれる。

A 病院は、救急搬送件数（図 4）や MDC 別診療実績推移表（図 9）での診療実績は、緩やかながらも右肩上がりです。財務分析（表 7）では、平成 28 年度と平成 29 年度の医業損益はマイナスであったが、平成 30 年度の医業損益は 31 百万円プラスに回復している。2013 年に一般病床の建て替えを行ってケアミックス病院として機能してきたことが、少しずつではあるが収益結果に繋がっていることが窺える。医業収益を伸ばしていくためにも、開拓の余地がある住之江区を中心とした大阪市南部との連携を強化することに積極的に取り組むべきである。

8-2. 垂直的統合を可能にする地域密着型ケアミックス病院の価値

筒井（2014）は、長寿化による影響で、慢性期疾患を抱える高齢者に対して適切なケアを提供するためには、長期的で包括的・継続的なケアが必要となる。一般に医療と介護あるいは複合的な支援ニーズを持つ人々に対しては、統合的ケア（integrated care）が提供されるべきだと述べている¹⁴⁾。図 10 は、Integrated care の垂直的統合と水平的統合の概念である。垂直的統合とは一つの管理下に様々なレベルのケア、例えば、急性増悪期における一般病院から、回復期リハビリテーション病院、そして、退院後の訪問看護の利用やかかりつけ医の往診といった医療や看護、介護のステージにおけるケアをつなげ、integration（統合）していくことである¹⁵⁾。



出典（2014 年地域包括ケアシステム構築のためのマネジメント戦略¹⁵⁾ 引用）

図 10：垂直的統合と水平的統合

5 節の競合分析から、A 病院の周辺には急性期医療や脳血管疾患治療に特化した病院、がん診療拠点病院が多く、急性増悪期における一般病院から後方支援病院が必要であることが窺えた。また、A 病院が急性期後の治療やケアの継続が出来る診療機能を兼ね

備えていることは、他の急性期病院には無い差別化になっていることが分かった。特に、脳血管疾患や骨折など整形外科患者の回復期リハビリテーションに関しては C 病院と、悪性腫瘍患者の緩和ケアに関しては B 病院や H 病院との連携が患者獲得に繋がるため、病病連携の関係をさらに強固にしていくべきと考える。

NIRA 研究報告書では、「今日、病院完結型から地域で支える包括型医療へ転換が求められるなか、病院の機能分化・連携が求められている。」¹⁶⁾と述べている。

先行研究レビューで大東（2017）が述べていた医療アライアンスの構築の必要性について、本稿での地域では、法人レベルでの共生戦略の趣はまだまだ見受けず、実際には地域連携室等の現場レベルでの結びつきに頼らざるを得ない状況にある。田口（2017）が、在宅医療に繋げるためには疾患別プロトコールという「設計図」が必要と述べているように、8 節で提案した「地域医療連携パス」の活用推進が、医療機関の連携をより結合させ、そして病院と地域を繋げていくものになっていくと考える。

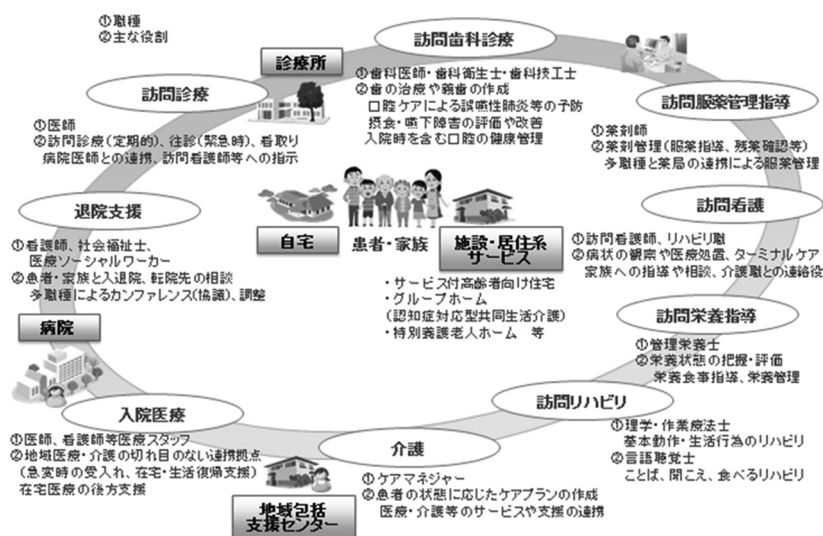
垂直的統合（図 10）は「同一機関での提供」と記されているように、様々なサービス分野を一つの組織で行うもの¹⁵⁾とされているが、A 病院の場合は、自施設での垂直的統合に加え、他病院の急性期機能が結合して加わり、よりニーズの高い診療機能となっている。そして、地域包括支援センター等を介して、在宅療養、施設入所等へと地域に繋げていくが、健康破綻が起きて入院が必要になった時は、A 病院がすぐに受け入れるようにしておく。〔強み×機会〕で述べている病院と患者の関係は、リレーションシップ・マーケティング^xのように長期的な関係を取り結ぶことが出来れば社会的絆が強まり、ひいては経済的絆になり得る。ケアミックス機能を活かして、地域に根差した医療サービスとして垂直的統合を継続的に強化することで、リピーター患者を増やして、他病院との差別化にしていかなければならない。

8-3. より良い医療・介護の連携となる退院マネジメントの重要性

図 10 で示す Integrated care の水平的統合の概念は、ヘルスケアにおいて同レベルのサービス、（例えば、在宅生活を送る患者へのかかりつけ医による往診と居宅介護サービス）、または提供者間の組織的共同とコミュニケーションを促進するサービスをつなげる integration のことである¹⁵⁾。前節で考察した垂直的統合は、高齢者のケアサイクルに必要な連続性のある医療提供体制であるが、高齢によるセルフマネジメントの低下や扶養機能の不足があるために、〔強み×機会〕で述べたように、入院治療の

^x リレーションシップ マーケティングとは、顧客との良好な関係づくりを通じて、お客様との距離を縮めていくマーケティング手法のこと。顧客一人ひとりを把握し、顧客満足を超えた「顧客ロイヤルティ」を生み出すことでリピーターへと育成していく。

場で早期から医療者や在宅支援者等が共同して地域へと戻る過程のマネジメントをしていかなければならない。すなわち病院では、図 11 に示す多職種連携の図¹⁷⁾のように、入院医療と退院支援の両輪をしっかりと回していかなければ、退院調整が進まず在院日数にも影響することになる。



出典 (第 7 次大阪府医療計画¹⁷⁾ 引用)

図 11：多職種連携のイメージ図

実際には入院医療の展開のなかで、退院支援看護師による患者や家族との面談、病棟カンファレンス、退院支援計画の作成、社会福祉士による介護支援等連携指導、多職種協働による退院時共同指導等が並行して行われている。様々な職種が院内外問わず、一人の患者の退院に向けて必要な共同や連携として水平的統合が為されている。

特に、A 病院の場合は、認知症や精神疾患の急性期治療に特化していく戦略を取っていくために、一般的な退院調整だけでなく、精神科診療の調整や、治療に対するコンプライアンスも低いため、服薬管理や日常生活ケア等の細やかな連携がより必要になる。また、単身世帯等の高齢患者も増えてくるため、地域に戻るときは地域包括支援センターとの連携も強化していかなければならない。地域性や対象となる患者、地域環境が変われば、変化していく地域に合わせていかなければならないが、A 病院が対象とする患者への退院支援マネジメントはより難易度が高いと思われる。

そして前述したように、垂直的統合となる医療提供体制を構築して、継続的な医療

サービスを提供し続けるためには、一人ひとりを看ていくことが最も重要であり、患者自身もカンファレンス等に参画し、セルフマネジメントしていかなければならない。

筒井（2019）は、退院支援において患者と提供者の双方が、サービスや資源の価値をともに高めていく過程を踏むことを「共創型価値」¹⁸⁾と述べている。地域に帰ることや地域で暮らすことが出来るようにマネジメントすることは、患者が健康で地域で過ごせることになり、そのことは患者にとっても病院職員にとっても喜びとなる。その喜びは、個客ロイヤリティ¹⁹⁾に繋がり、A病院の地域でのプライマリーケアの位置づけを高めるものになっていく。そして、生涯過程を支える医療と福祉は連携ではなく、「full integration（完全な統合）」²⁰⁾にしていくように、地域マネジメント^{y 21)}をしていくことが、地域の中核を担う地域密着型病院としてのA病院の役割と考える。

9. 結論

本稿において、診療圏分析を行うことで、A病院が他病院と競合・競争よりも自施設の診療圏での集中戦略を実行することが望ましいという示唆を得た。その理由は、少子高齢化による国の財政圧迫や医療需要が低下していくなかで、中規模病院として競合・競争戦略では、これ以上の診療実績や財務結果を伸長させることに限界が見えたからである。しかし、ケアミックス病院としての機能を活かした差別化戦略と地域医療を強化した集中戦略に路線変更をしたとしても、A病院の周囲はまだまだヘルスケアニーズが高く、そのことを求められていることが分かった。従来の救急医療的なサービスを重視することも求められているが、今後は、全人的なケア調整が可能となる統合モデルによる医療サービスの提供が必要とされている。

A病院が地域の中核病院として地域に合わせた医療提供体制を整え続け、マネジメント機能を発揮していくことにより、多職種連携が地域統合レベルへと進化し、国が推進する地域包括ケアシステムへと成り立っていく。

最後に、大規模病院と違い、地域密着型病院には高齢者の肺炎や骨折など、それほど重症ではなく、中等症や軽症の患者がさらに多くなっていくであろう。そのためには、地域での重症化予防や、健診、健康増進などにも積極的に取り組むことが必要と考える。

y 把握・課題分析を通じて、地域における共通の目標を設定し、関係者間で共有するとともに、その達成に向けた具体的な計画を作成・実行し、評価と計画の見直しを繰り返すこと

謝辞

本稿を作成するにあたり、兵庫県立大学大学院経営研究科 小山秀夫名誉教授、筒井孝子教授、貝瀬徹教授、木下隆志先生より、丁寧なご指導を承りました事を感謝申し上げます。

浅香山病院 高橋明理事長、国本京美看護部長、森口勇子副部長、森脇登志副部長、土田京子副部長、高谷衣美副部長より励ましのお言葉をいただきましたことに心から感謝申し上げます。また、兵庫県立大学大学院経営研究科でご教授いただきました鳥邊晋司教授、藤江哲也教授に感謝するとともに、医療マネジメントコース9期生、介護マネジメントコース5期生のご支援のおかげで、本稿をまとめることが出来ました。改めて、皆様に深く感謝し御礼申し上げたい。

参考文献（引用文献、引用ホームページ含む）

- [1] 厚生労働省ホームページ 医療と介護の一体的改革
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000060713.html>（令和元年6月10日アクセス）
- [2] 厚生労働省ホームページ 厚生労働省における高齢者施策について
<http://www.moj.go.jp/content/000123298.pdf>（令和元年6月10日アクセス）
- [3] 日医総研ワーキングペーパー医療関連データの国際比較 OECD ‘Health Statistics 2018’ <http://www.jmari.med.or.jp/download/WP407.pdf>（令和元年6月10日アクセス）
- [4] 社会保障制度改革国民会議報告書
<https://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/pdf/houkokusyo.pdf>（令和元年6月10日アクセス）
- [5] 飯村直子(2014)「小児科一般外来における看護師の働きーある地域密着型中規模病院におけるエスノグラフィーー」『日本看護科学会誌』Vo34 pp. 46-55。
- [6] 岩崎輝夫(2015)「急性期病院3施設が近隣に位置しながら共存していくための経営戦略についての考察ー競合戦略から地域統合戦略へー」『商大レビュー』第5巻2号、pp. 17-31。
- [7] 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ー地域を支え続けるための医療アライアンス戦略ー」『商大レビュー』第7巻2号、pp. 83-108。
- [8] 川口克廣(2016)「新築移転を控えたK市民病院の地域共生戦略ー近隣救命救急センターとの共存に関するー考察ー」『商大レビュー』第6巻2号、pp. 73-94。

- [9] 田口賢明(2017)「在院日数のコントロールからみた病院機能の向上と地域医療ネットワーク型サービスの模索」『商大レビュー』第7巻2号、pp. 109-132。
- [10] 大野賀政昭, 筒井孝子(2016)「日本における医療介護連携の課題と展望—integrated careの理論をもとに—」『保健医療科学』Vo65 No. 2、pp. 127-135。
- [11] 大阪府 情報公開条例第6条の規定に伴う公開請求に係る行政文章 A 病院財務データ 平成27年度から平成30年度
- [12] 石井孝宜, 西田大介(2016)「病院のための経営分析入門」第2版(株)じほう。
- [13] 一般社団法人日本老年看護学会(2016)「急性期病院において認知症高齢者を擁護する」日本老年看護学会の立場表明2016年。 <https://rounenkango/news/pdf/> (令和元年8月18日)
- [14] 筒井孝子(2014)「地域包括ケアシステム構築のためのマネジメント戦略—integrated careの理論とその活用—」p33 中央法規出版株式会社。
- [15] 筒井孝子(2014)「地域包括ケアシステム構築のためのマネジメント戦略—integrated careの理論とその活用—」p50 中央法規出版株式会社。
- [16] NIRA 総合研究開発機構ホームページ 『老いる都市と医療を再生する』 http://www.nira.or.jp/about/news/entry/n120120_624.html (令和元年7月30日アクセス)
- [17] 大阪府ホームページ 『第7次大阪府医療計画』 <http://www.pref.osaka.lg.jp/iryo/keikaku/7osakahuiroyokeikaku.html> (令和元年8月10日アクセス)
- [18] 筒井孝子(2019)兵庫県立大学大学院経営研究科 病院介護保険施設運営論 講義資料「地域包括ケアシステムの基本的考え方と今後の展望—「価値共創モデル」の実現に向けて—」pp. 38。
- [19] 筒井孝子, 他(2019)「看護必要度ステップアップ研修 患者評価データの活用と入退院支援による臨床看護マネジメント」日本臨床看護マネジメント学会 ヴェクソンインターナショナル株式会社。
- [20] 筒井孝子(2014)「地域包括ケアシステム構築のためのマネジメント戦略—integrated careの理論とその活用—」p54 中央法規出版株式会社。
- [21] 厚生労働省ホームページ 老人保健健康増進等事業 地域の実態 地域包括ケアシステムと地域マネジメント <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000126435.pdf>
- [22] 大石佳能子, 小松大介(2015)「病院経営の教科書」日本医事新報社。

[23] 大阪府ホームページ 大阪府地域医療構想

<http://www.pref.osaka.lg.jp/iryo/keikaku/kousou.html>（令和元年6月17日アクセス）

[24] 地域情報システム（JMAP）

<http://jmap.jp/>（令和元年6月20日アクセス）

[25] 大阪府ホームページ 大阪府大阪市南部保健医療協議会の開催について

http://www.pref.osaka.lg.jp/iryo/keikaku/nanbu_kyougikai.html（令和元年7月17日アクセス）

[26] 大阪府ホームページ 大阪府堺市医療・病床部会の開催について

http://www.pref.osaka.lg.jp/iryo/keikaku/iryou-byousyou_sakai.html（令和元年6月23日アクセス）

[27] 厚生労働省ホームページ平成29年度（2017）DPC導入の影響評価に関する調査

<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000049343.html>（令和元年7月23日アクセス）

[28] 病院情報局ホームページ <file:///C:/Users/Owner/Desktop/.html>（令和元年6月20日アクセス）

[29] 厚生労働省ホームページ 中央社会保険医療協議会（中央社会保険医療協議会診療報酬調査専門組織（入院医療等の調査・評価分科会））2018年度調査結果（速報）
https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/shingi-chuo_128166.html（令和元年7月24日アクセス）

[30] 一般社団法人日本病院会ホームページ 病院経営の質推進委員会 平成27年度診療報酬等に関する定期調査 一集計結果報告書（概要）

https://www.hospital.or.jp/pdf/06_20151219_01（令和元年7月26日アクセス）

[31] 国立社会保障・人口問題研究所ホームページ

<http://www.ipss.go.jp/pp-pjsetai/j/hpjp2019/t-page.asp>（令和元年6月20日アクセス）

[32] 医療維新— m3.com ホームページ 『地域密着型病院の整備がカギ』

<https://www.m3.com/open/iryoIshin/article/612151/>（令和元年7月31日アクセス）