

# リハビリテーション特化型中小病院における ブランド戦略

服 巻 陽 子

キーワード：中小病院、ブランド戦略、リハビリテーション、回復期病棟  
療養型病棟、地域包括ケアシステム

## 1. はじめに

回復期リハビリテーション病棟の仕組みは2000年に始まり、今年度で18年となる。現在、回復期病棟は8万床を越し年々増加傾向にある。2014年度診療報酬改定では地域包括ケア病棟も設定され回復期領域は拡大し、2016年時点での地域包括ケア病棟は5万5000床となった。また、全国の回復期リハビリテーション病棟機能を有する病院の0.6%は病床数200床以上で、残りの90%は200床未満の中小病院、もしくはケアミックス型病院である。中小病院は大病院と比較して、民間病院経営であるところが多く、この十数年で回復期リハビリテーション病棟を併設した中小病院は急激に増えていった。その理由として、回復期リハビリテーション病棟としての一番の特徴でもあるリハビリ特化型病院という病床機能として明確な方向性が位置づけられていること、それによりターゲティングが明確なため医療経営戦略の策定がしやすいことにあると考える。

現在、地域医療構想により病棟機能分化が明確化される中、リハビリテーションはどの病棟機能においてもニーズがある。その中でも回復期病棟（地域包括ケア病棟も含む）は在宅復帰に向けて集中的なリハビリテーションが必要とされる。特に医師・看護師・薬剤師・栄養士・リハビリテーション職等、患者・家族に関わるすべての職種がリハビリテーションを軸においてチーム医療を遂行することにより、地域リハビリテーションへのシームレスな連携が可能となる。医療療養病棟においても、6か月前後の入院期間の中でリハビリテーションと退院支援を強化することにより、回復期

リハビリテーション病棟への入院対象外となった重症患者の在宅復帰例を多く見てきた。地域包括ケアシステムにおいても、予防医療の観点や、互助・共助の部分で地域リハビリテーションによる支援が重要となる。

多くの回復期リハビリテーション病棟では、配置基準以上の看護師、リハビリテーションスタッフを配置し、回復期リハビリテーション病棟施設基準に則った病院運営が行われている。回復期病棟が乱立し競合がひしめく中で患者家族や地域に選ばれる病院となるには、地域のニーズに特化した機能を持ち、自院のブランド価値を高めなければならない。インターネットや口コミなど多くの情報を容易に得られるようになった今、回復期リハビリテーション病棟本来の役割、地域土着の中小病院としてのブランド・ビジョンや役割を明確化し、他院との差別化を図るための経営戦略を策定する必要がある。

本稿の目的は、今後地域医療構想と地域包括ケアシステムにおいて、長期にわたりその地域に必要とされるリハビリテーション特化型中小病院の事業継続を目標とする経営戦略を、ブランディングに視点を置いたブランド戦略として策定することである。

本稿の構成は次のとおりである。第2節においてブランド戦略についての先行研究をレビューする。第3節ではA市にある回復期リハビリテーション病棟・療養病棟ケアミックス型のA病院のケースを元に、中長期ブランド戦略を策定し、第4節で考察する。

## 2. 先行研究

### 2-1. ブランド戦略とは

「マーケティング用語辞典」（アメリカマーケティング協会 1995）によれば、ブランドとは「ある売り手の商品やサービスが他の売り手のそれと異なると認識させるような名前・用語・デザイン・シンボルやその他の特徴のこと」である。また、Aaker(2014)は「ブランドとは、組織から顧客への約束」とある。田中(2002)によると、ブランドがマーケティングにおいて重要な位置に置かれるようになったのは1980年代の終わりごろで、そのころから特許・知識・顧客関係・ブランドなどB/S上計上されない「オフバランス資産」が企業価値として重要視されるようになり、それと同時に消費者選択の自由の拡大、グローバル化、企業価値への意識の変化により、ブランドを企業の資産として管理するブランド・エクイティ概念が注目されるようになった。そして、ブランド戦略とは、「他のマーケティング目標よりも、ブラン

ドの価値を高める目標を優先させてマーケティング活動を計画・実行することである。そしてブランド価値増大の結果として、自己の事業活動をより有利に推し進めよう」と意図する企業戦略」とある。

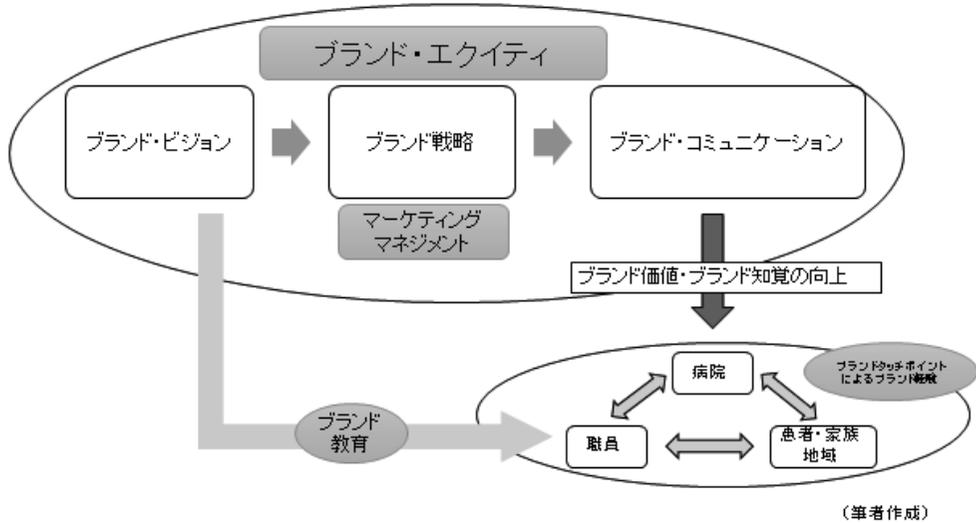
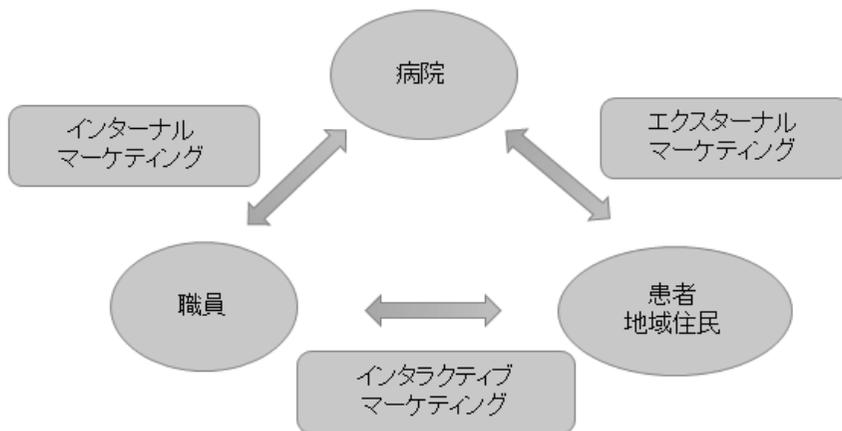


図 1：ブランド戦略概念図とストーリーライン

ブランド戦略で構築されたブランドは、コミュニケーションレベルで顧客へ発信していく。このブランド・コミュニケーションは、いわゆるインタラクティブマーケティングによる、従業員と顧客の間で行われるコミュニケーションが重要であり、ブランド価値を高める重要な要因であると考えている。また、インタラクティブマーケティングの効果は、ブランド・ビジョンの本質を職員に伝えていくというインターナルマーケティングとの相乗効果により現れると考える。ブランドと顧客との接点となるブランドタッチポイントにおいて、ブランド・コミュニケーションによりブランド経験を重ねる中で、さらにブランド価値が上がり、最終的にブランド・エクイティが高まる。このように、ブランド戦略は中長期戦略において効率的でかつ有効的な考え方である(図 1、図 2)。

しかしブランド戦略にもリスクがあり、それらが原因で中々企業に浸透しない。その理由として Aaker (2014) は、そもそもブランド戦略は長期的戦略がベースにあるため、短期的財務業績を求めて短期的戦略を優先し運営を続ける傾向によりブランド戦略にまで至らないケースや、組織的にマーケティング機能を持たずブランド構築に至らない、と言った理由があると提言している。



コラー＝ケラー(2008) 和田充夫 恩蔵直人 三浦俊彦(1996) より一部筆者作成

図2：サービス業におけるサービス・トライアングル

## 2-2. 病院におけるブランド戦略

病院における経営戦略の先行研究は多く見られるものの、ブランド戦略に視点を置いた医療における研究は少ない。今後 2025 年、2040 年に向けて人口動態も大きく変化し病床再編成が行われ統合やダウンサイジングを余儀なくされる中、長期にわたり地域に必要とされる病院としての事業継続を目標とするのであれば、病院も従来のマーケティングマネジメントに加えてブランド戦略を策定する必要がある。今後、他院との差別化を図るにあたって、地域や患者家族の心に響くブランド・ビジョンをエクスターナルマーケティングにより共有し、自院のブランド価値を高める必要がある。

## 3. A病院におけるブランド戦略

### 3-1. A病院の概要

A市に存在するA法人は1976年整形外科主体の母体病院を開業、1985年には別病院を買い取り、医療・介護主体の療養病院としてF区にA病院を開業した。その後1995年1月阪神淡路大震災にて大破となり、補助金にて修復後1996年7月にリニューアルオープンし、2004年に医療・介護主体の療養病院から34床療養病棟、60床回復期リハビリテーション病棟として事業展開を行っている。また、母体病院も2014年に地域包括ケア病棟を開設し、法人としては、急性期（二次救急）・回復期・療養型の病院機能を持つ病院として運営している（旧館竣工1957年、本館1960年、新館増築2004

年)。地域においては、1997年に訪問看護ステーションを設立し、地域住民への訪問看護・介護の提供を行なっている（A法人HP、法人非公開資料より抜粋）。

### 3-2. ランドスケープ分析

田中(2017)によると、ブランド構築に際して、構築しようとするブランド、あるいは既存ブランドを取り巻く環境の状況と動向とを分析することをランドスケープ分析と呼び、ブランド戦略におけるランドスケープ分析はいわゆる3C分析(Company, Customer, Competitors)にさらに3C(Circumstances, Channel, Costing)を加えた6Cで行うとある。これらに沿ってマーケティング分析を行う。

#### 3-2-1. 環境分析

A市医療圏における区ごとの将来人口推計、受療率より人口動態について分析する。A市はA区～I区の9区で構成されている人口150万人の政令指定都市である。A病院が位置する、F区はA市の中で2番目に人口が少ない(表1)。今後の人口動態としては、緩やかに人口減少となる予測であり、その中でも老年人口はある一定の推移だが、生産年齢層の減少が見られる。人口動態に合わせて入院患者推移も老年人口は横ばいである。A病院の患者の多くはリハビリテーション対象疾患患者であり、受療率別での人口動態をみると、脳血管・運動器疾患患者がほぼ同比率で微増となっている。F区住民の特徴としては、単身高齢者が6割となっており、退院後の在宅復帰サポートを、地域におけるキーパーソンと、早期かつ重点的に行う必要性が示唆される(図3～図8、表2参照)。

表1：A市における人口構成比率

	A区	B区	C区	D区	E区	F区	G区	H区	I区
2015年	14.7%	16.3%	14.1%	10.6%	6.4%	7.0%	8.5%	8.7%	13.7%
2020年	14.6%	16.5%	13.9%	10.4%	6.3%	7.0%	8.7%	8.8%	13.8%
2025年	14.6%	16.7%	13.8%	10.2%	6.1%	6.9%	8.9%	8.8%	13.8%
2030年	14.5%	16.9%	13.6%	10.0%	6.0%	6.9%	9.0%	9.1%	14.0%
2040年	14.3%	17.0%	13.3%	9.5%	5.7%	6.9%	9.4%	9.4%	14.3%

地域医療情報システム JMAP より筆者作成

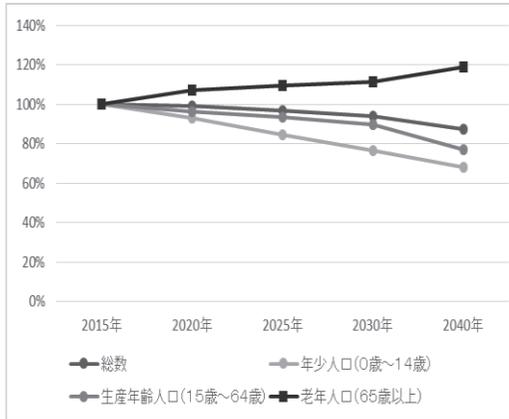


図3: A市人口動態経年グラフ

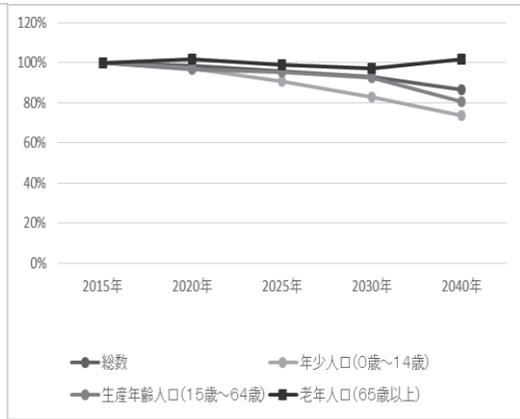


図4: F区人口動態経年グラフ

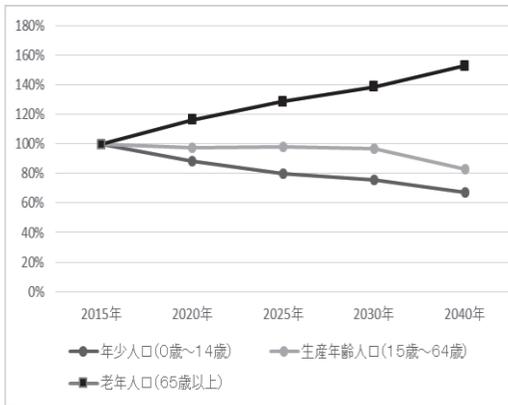


図5: A市入院人口推計経年グラフ

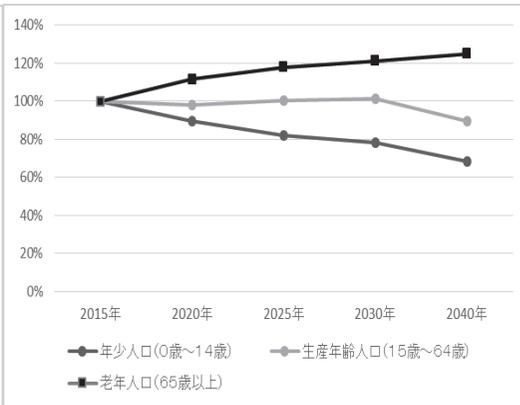


図6: F区入院人口推計経年グラフ

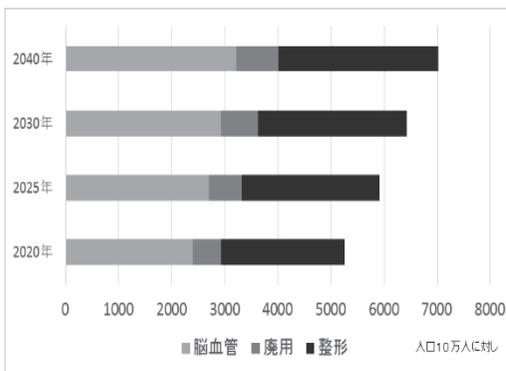


図7: A市リハビリテーション疾患別比率

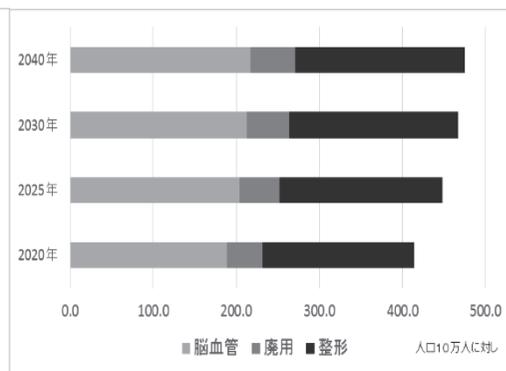


図8: F区リハビリテーション疾患別比率

図3~図8: 地域医療情報システム JMAP より筆者作成

表 2 : F 区における患者世帯動向

単身世帯	54%
2人以上世帯	46%
核家族世帯	42%
夫婦のみの世帯	16%
夫婦と子供から成る世帯	17%
6歳未満世帯員のいる世帯	6%
65歳以上世帯員のいる世帯	40%
持ち家世帯	42%
民営借家世帯	42%

2015 年国税調査より抜粋

次に病床機能についての分析を行う。全国的に回復期病棟、特に地域包括ケア病棟は急増しており、2016 年病床機能報告資料より、A 市医療圏においても 2022 年にかけて回復期病棟は増加傾向にあり、内訳は、回復期リハビリテーション病棟は横ばいで地域包括ケア病棟が増床となる。F 区においては現行から約 50 床の増床を予定している。また、療養病棟は病床再編において地域包括ケア病棟へ転換する病院がみられるため、全体的にはダウンサイジングとなっている。診療報酬ではリハビリテーションに対する効率化が問われており、アウトカムと効率的な退院支援を求められている。地域包括ケア病棟としてのポストアキュートの役割からサブアキュート機能への推進が図られる中で、回復期リハビリテーション病棟・医療療養病棟のあるべき姿を明確にし、A 病院としての強みを生かした戦略が必要となる(表 3、表 4)。

表 3 : A 市医療圏回復期病床機能報告

	2016年時点			2022年			2025年老年人口1000人に対する病床数		
	回復期	地域包括ケア	合計	回復期	地域包括ケア	合計	回復期	地域包括ケア	合計
A区	281	206	487	281	252	533	3.87	3.47	7.35
B区	280	45	325	280	45	325	3.63	0.58	4.21
C区	52	0	52	52	40	92	0.77	0.59	1.36
D区	44	0	44	44	0	44	0.81	0.00	0.81
E区	158	0	158	158	0	158	4.85	0.00	4.85
F区	116	85	201	116	133	249	3.40	3.90	7.30
G区	199	50	249	199	91	290	5.14	2.35	7.49
H区	0	55	55	0	137	137	0.00	3.84	3.84
I区	125	0	125	310	0	310	5.55	0.00	5.55

2016 年病床機能報告資料より筆者作成

表 4 : A市医療圏療養病床機能報告

	2016年時点	2022年	2025年老年人口1000人に対する病床数
A区	616	616	8.49
B区	316	316	4.09
C区	139	99	1.47
D区	489	489	8.98
E区	216	335	10.28
F区	334	334	9.80
G区	424	424	10.95
H区	339	257	7.20
I区	127	105	1.88

2016年病床機能報告資料より筆者作成

### 3-2-2. 自院分析

A病院のSWOT分析を用いて行った結果が図9である。A病院の最大の強みはリハビリテーションスタッフを60名配置しており、回復期・療養病棟、また退院後の生活期までの一貫したフォローアップを行なっていることである。病院としては100床以下の小規模病院であり、総スタッフ数も約200名と組織的にも小規模であり顔の見える関係性を維持することができるため、組織風土としては家庭的であり各部門の連携体制は積極的である。しかし、その組織風土が時に馴れ合いの関係を生み、大きな変革を起こしにくい傾向にある。また、人事制度・教育体制などの見直しを約5年間行われていない。現在、抜本的な人事制度の見直し、職員満足度調査の実施、マネジメント層の教育強化に向けて再検討を行なっている。現在の重要課題としては、建物の老朽化と周辺住民による前院からのイメージの払拭である。前院の竣工が1957年、A法人が買収後阪神淡路大震災にて損傷を受け、1997年にリニューアルオープンした。しかし、基礎は総築年数約60年、リニューアル後も23年を経過し、建て替えの検討が必要である。さらに地域住民のイメージは、未だA病院設立当初の医療・介護療養型病院のイメージが強く、2004年より回復期リハビリテーション病棟を開設したものの、地域においてのリハビリテーション特化の認知が低い。今後地域住民に選ばれる病院となるべく、A病院のリハビリテーション特化を

<p style="text-align: center;">A病院 SWOT分析</p>	<p style="text-align: center;"><b>強み</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>①リハビリ特化</li> <li>②小規模組織のネットワークの軽さ</li> <li>③各部門における教育体制の充実</li> <li>④法人内連携による多様な医療経験</li> <li>⑤回復期基準1の維持</li> <li>⑥維持期リハの促進</li> <li>⑦組織風土(家庭的)</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>弱み</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>①組織風土(馴れ合い)</li> <li>②スタッフの経験値</li> <li>③マネジメント層の成長</li> <li>④設備老朽化</li> <li>⑤データ不足</li> <li>⑥人員定着</li> <li>⑦回りハとしての知名度</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>機会</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>①地域連携</li> <li>②少子高齢化</li> <li>③認知症・骨粗鬆症患者増</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>積極的に攻める</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>①リハビリテーション事業拡大(介護保険事業、新分野小児・ロボット等の拡大)</li> <li>②理念に基づいた組織風土の変革</li> <li>③教育体制の強化</li> <li>④地域連携推進</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>改善が必要な部分</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>①組織人としての自律</li> <li>②人事評価制度の見直し</li> <li>③多職種横断型マネジメント教育体制</li> <li>④データ整備</li> <li>⑤地域・社会貢献活動の推進</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>脅威</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>①競合病院の進出</li> <li>②A市の人口減</li> <li>③診療報酬改定</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>差別化する部分</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>①組織風土の醸成</li> <li>②法人内連携強化</li> <li>③競合に負けない「ブランド構築」</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>致命傷回避、撤退縮小検討部分</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>①設備投資</li> <li>②回復期マトリックス組織構築</li> <li>③営業戦略強化</li> </ul>

(筆者作成)

図9：A病院 SWOT 分析

強みとした広報戦略、地域とのコミュニケーションを密に行いブランド認知を上げていくことが課題となる。

### 3-2-3. 患者分析

A病院の収益の8割は入院患者で占められている。そこで、2016年度4月から2017年度3月までの2年間における回復期リハビリテーション病棟、療養病棟の患者傾向を内部非公開データと、回復期リハビリテーション病棟協会、厚生労働省資料を基に全国平均と比較した。

#### 1) 回復期リハビリテーション病棟

回復期患者の4割が、A病院が位置するF区内からの入院患者で占められている。次いでF区に隣接するE区、G区からの入院となる(図10)。性別は、女性の割合が多い(図11)。平均年齢は約74歳であり、女性の方がやや高い傾向にある(表5)。

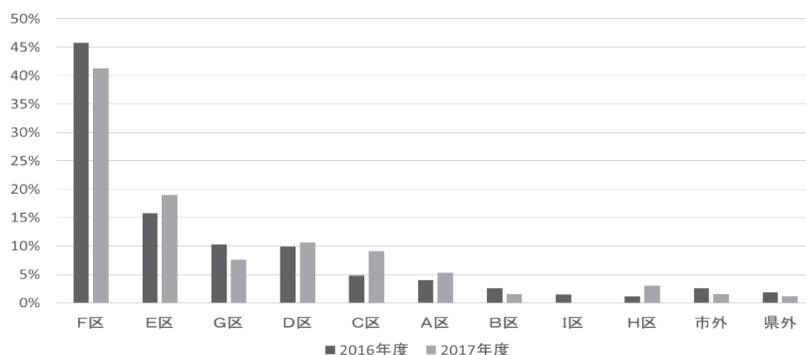


図 10 : 回復期リハビリテーション病棟入院患者居住区別

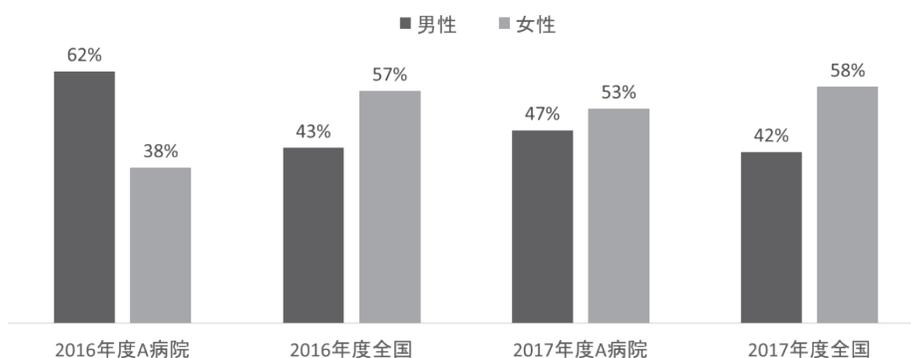


図 11 : 回復期リハビリテーション病棟入院患者男女比

表 5 : 回復期リハビリテーション病棟入院患者平均年齢

平均年齢	A病院		全国平均	
	2016年度	2017年度	2016年度	2017年度
全体	74.5	74.38	76	76.2
男性	71.6	69.56	—	—
女性	78.4	78.71	—	—

疾患別リハビリテーションの割合は、年々運動器疾患患者が増加し、脳血管疾患患者の減少が続いている。運動器疾患増加の理由としては、岩本・田辺ら(2016)によると全国的に女性高齢者の骨粗鬆症による腰椎・下肢骨折事例が増加しており、A病院もその傾向にある。脳血管患者減少の理由として、脳血管疾患に対する治療技術の向上により後遺症なく急性期から在宅復帰が可能となる例、また周辺急性期病院が地域包括ケア病棟を新設し、ポストアキュート機能を持ったことにより、A病院のような

回復期病棟単体での運営スタイルの病院への転院の必要性が減少していることにある。また、誤嚥性肺炎後による廃用症候群患者が増加している(図12)。

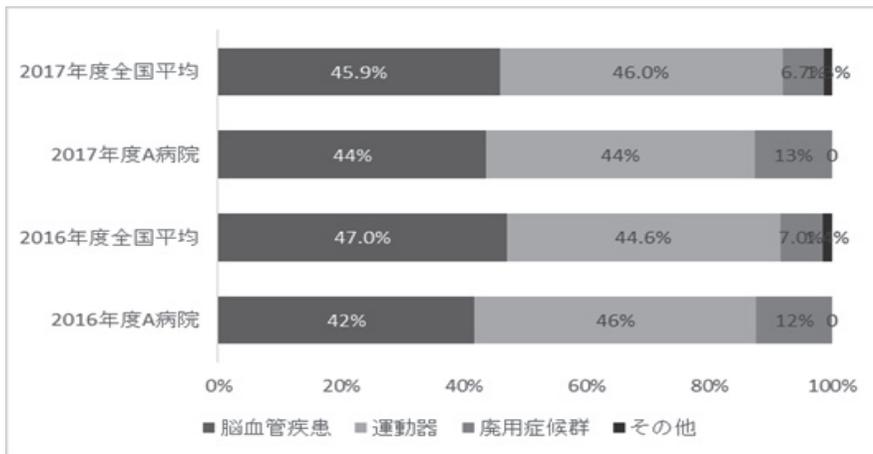


図12: 回復期リハビリテーション病棟入院患者疾患別リハビリテーション比率

FIM 利得については、2017 年度において全国平均以上となっている(表5)。平均在院日数は全国平均とほぼ等しい。病床稼働率は2016 年度と比較して2017 年度は3%アップし92%で推移している。この理由として2017 年度より看護部・医療連携科を中心としたベッドコントロールに対する調整会議が頻繁に行われるようになり、効率的な入退院計画を策定できるようになったことが大きな要因であると考え(表6)。

表5: 回復期リハビリテーション病棟入院患者 FIM 利得

	A病院		全国平均	
	2016年度	2017年度	2016年度	2017年度
FIM利得平均	19.5	24.8	20.2	21

表6: 回復期リハビリテーション病棟入院患者平均在院日数・病床稼働率

	A病院		全国平均	
	2016年度	2017年度	2016年度	2017年度
平均在院日数	72.2	73	72.1	72.5
稼働率	89.3%	92%	86.5%	87.7%

## 2) 療養病棟

療養病棟入院患者の5割がF区からの患者で占められている。次いでE区、D区からの患者である。また、市外からの患者が10%となっており回復期病棟と比較して8%多い(図13)。性別はやや女性が多い傾向にある(図14)。

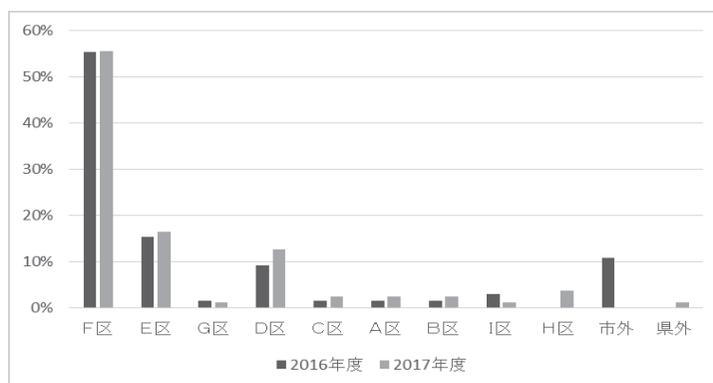


図13: 医療療養病棟入院患者居住区別

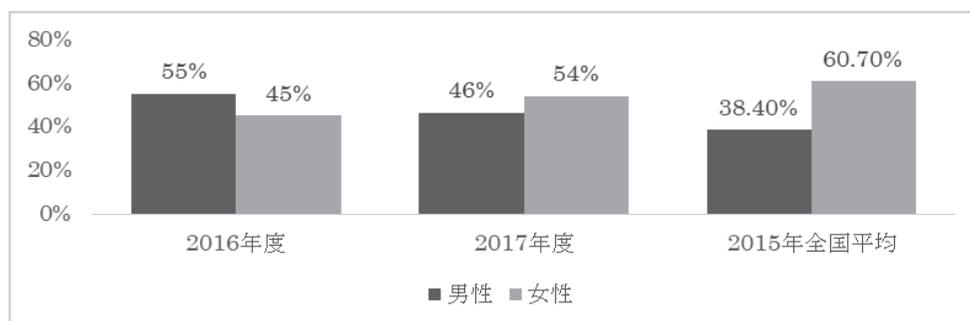


図14: 療養病棟入院患者男女比

平均年齢は80歳。平均在院日数は概ね160日で推移しており、全国平均との差はない。一方稼働率は96%であり、これは全国平均より高水準である(表7、表8)。

表7: 療養病棟入院患者平均年齢

平均年齢	2016年度	2017年度
全体	80.18	80.54
男性	76.00	81.88
女性	83.18	79.41

表8: 療養病棟入院患者平均在院日数・稼働率

	2016年度	2017年度	2017年度全国平均
平均在院日数	162	164	153.5
稼働率	95.6%	96.6%	88.2%

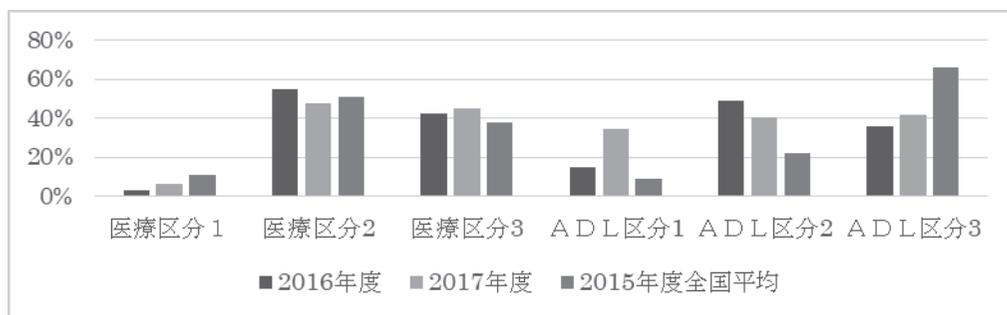


図 15：療養病棟入院患者平均医療区分・ADL 区分比率

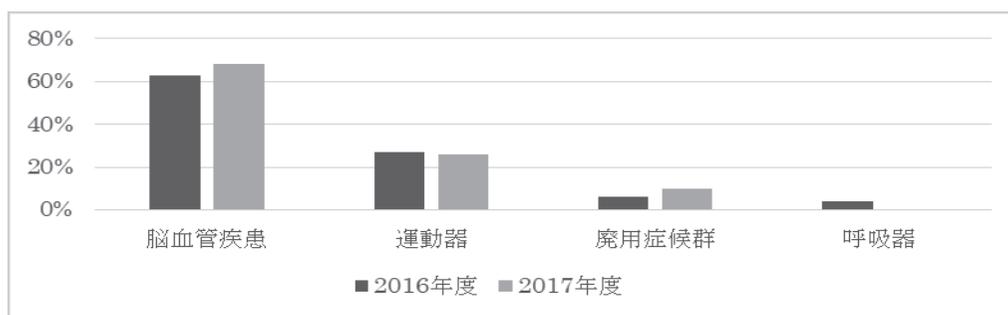


図 16：療養病棟入院患者別リハビリテーション疾患別比率

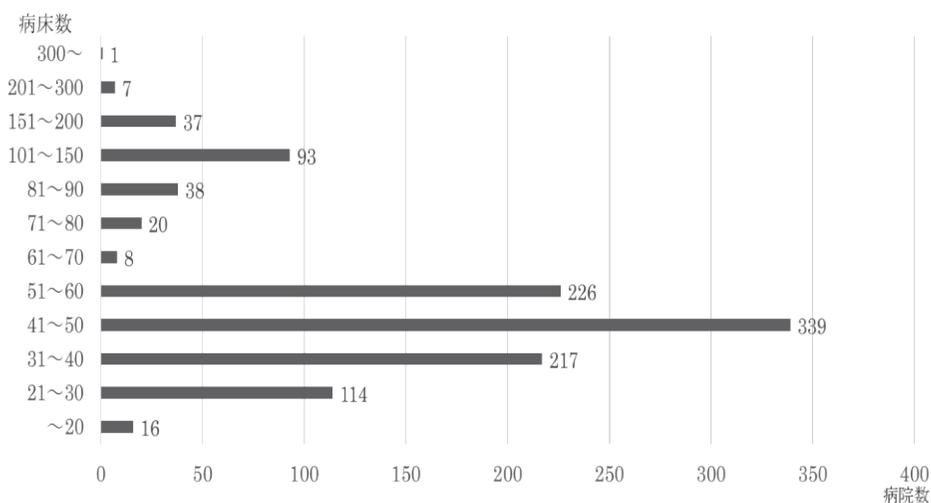
表 9：療養病棟入院患者 FIM 利得

	2016年度	2017年度	2016年度在宅群	2017年度在宅群
FIM利得平均	7.73	-2.98	13.8	1.6

患者重症度では、医療区分は全国平均と比較してやや医療区分 3 に該当する患者が多い。ADL 区分は全国平均と比較して比較的軽度の患者が多い(図 15)。2017 年度 FIM 利得は 2016 年度から低下しており、2017 年度の傾向として入院中にレベル低下となり退院した患者が多いことが示唆される。しかし、退院患者のみの FIM 利得では微増となり在宅復帰に至っている(表 9)。疾患別リハビリテーション比率は脳血管疾患が 6 割、次いで運動器、合併症後の廃用症候群となっている(図 16)。重症患者の在宅復帰に向けて医療—医療連携、医療—介護連携、医療—地域連携の強化を図っており、その結果在宅復帰に至っていると予測される。

### 3-2-4. 競合分析

全国回復期リハビリテーション協会加入病院データを元に、まずは競合となる回復期リハビリテーション病院規模を分析する。いわゆる回復期リハビリテーション病棟単体で200床以上の病院は、全国に8病院のみで、それ以外は200床未満であった。全国的にA病院と同様の40床～60床規模の回復期リハビリテーション病棟を運営している病院339病院と多数であり、そのほとんどが一般病棟・療養病棟などケアミックス型として回復期病棟を併設している病院であった。次いで100床～150床の病院が多く、こちらは傾向として回復期単体の運営病院が多い(図17)。



回復期リハビリテーション病棟協会ホームページより筆者作成

図17：全国回復期リハビリテーション病棟における病院規模

A市医療圏には、17病院の回復期リハビリテーション病棟がある。各病院の取り組みや特徴別に項目をブランド認知の観点から、ロゴ(病院名に「リハビリテーション」が付く)、創立からの期間、地域貢献による地域での認知度、病院機能評価による客観的評価など、ネット上での情報公開、SNS等でのPULL型発信等での情報をもとに選定し、各病院ホームページ、回復期リハビリテーション病棟協会公開情報より抜粋し、分析した(表10)。

表 10：A市回復期リハビリテーション病院項目特徴別

	ロゴ	病棟数	病床数	創立年	築年数	回復期基準	セラピスト数	10床当たりのセラピスト数	実施単位数	FIM利得	教育体制 (HP・SNSへの掲載)	介護福祉系 サービス併設	社会貢献	病院機能 評価
A病院		1	60	2006	22	1	60	10.0	8.5	20.3	○	○	○	
B病院	○	2	100	1969	26	2	63	6.3			○	○	○	リハ
C病院	○	3	180	1988	30	1.2	107	5.9			○	○	○	
D病院		1	48	1988	30	1	28	5.8			○	○	○	
E病院	○	2	83	1991	27	1	55	6.6	8.1	15.8		○	○	
F病院		1	45	2003	30	2					○	○	○	
G病院		1	47	2004	33	2			7.9	25.8		○	○	
I病院	○	1	56	2007	11	2						○	○	
J病院		1	52	2008	33	1	35	6.7	8.2	19.3		○	○	リハ
K病院		1	27	2010	8	2			3.73	14.9	○	○	○	
L病院		1	38	2012	37	2					○	○	○	
N病院	○	2	96	2013	5	1	65	6.8				○	○	
M病院	○	2	80	2013	5	1	75	9.4			○	○	○	リハ
O病院		1	50	2013	5	1	70	14.0				○	○	リハ
P病院		1	28	2013	5	1	38	13.6			○	○	○	リハ
Q病院		1	35	2014	4	3						○	○	
R病院		1	40	2017	16	3					○	○	○	

A市回復期リハビリテーション病棟全体において、5割が5年前後の新設病院、5割が開設10年以上病院である。また、5割の病院が築年数20年以上を経過している。A病院は他院との比較では病院ロゴなし、病棟機能評価は取得なし、回復期リハビリテーション病棟協会への情報公開も行っていない。しかし、単位数、セラピスト数は充足しており、SNS等でのPULL型発信も行っている。どの回復期リハビリテーション病院も概ね診療報酬上の基準に満たされるスタッフ数を配置し、365日リハビリを施行している。医学的リハビリテーションにおいて、最低ラインのリハビリテーション特化型病院としてのポジションは構築され、リハビリテーションの提供とアウトカムを確立している。地域や患者ニーズ特性に沿ったアプローチを、いち早くシステム化し戦略的にアウトプットを行うことが差別化につながる。A病院周辺の地域ニーズを知り、地域密着によるリハビリ特化型病院としての強みを活かした差別化が必要である。

### 3-2-5. 流通分析

A病院内部非公開データと全国回復期リハビリテーション病棟協会の公開データ、厚生労働省公開資料に基づき入退院ルートを中心とした分析を行う。

回復期入院患者の多くはG区にあるA市中核病院からの転院によるものである。次いで、F区の急性期病院からの転院である。在宅療養中のA病院外来通院患者の急性増悪や、自宅での転倒後の腰椎圧迫骨折による患者が直接A病院外来受診し入院するケースも見られる(図18)。また、回復期患者の転帰先としては、圧倒的に在宅が多い(図19)。

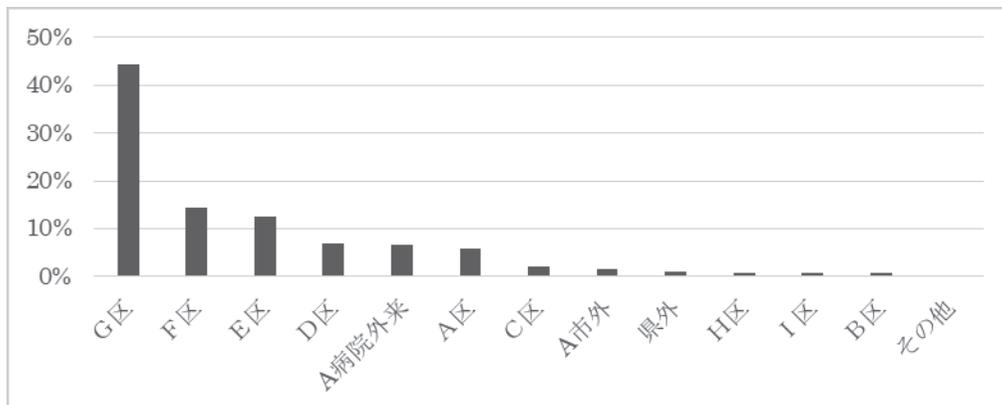


図 18 : 転院元となる急性期病院の所在地域

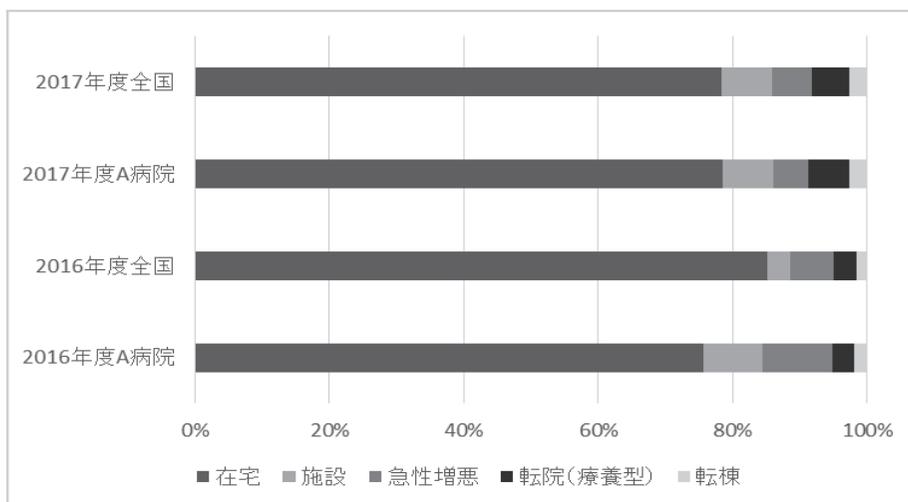


図 19 : 回復期リハビリテーション病棟転帰先

療養病棟入院患者に関しては、在宅加療中の訪問看護ステーション利用者の急性増悪により、外来受診後そのまま加療目的の入院となるケースが4割程度、それ以外の多くは急性期などの病院からの転院で占められている。稀ではあるが、A病院回復期リハビリテーション病棟からの転棟もみられる(図 20)。また、療養病棟患者の転帰先としては、在宅復帰患者が5割前後となっている。重症患者においては、急性増悪による転院、看取りケースが3~4割となっている(図 21)。傾向としては、看取り期に近い在宅療養患者の急性増悪後、入院による看取りを望まれそのまま訪問看護ステーションから入院となり、その後死亡退院となる事もしばしばみられる。

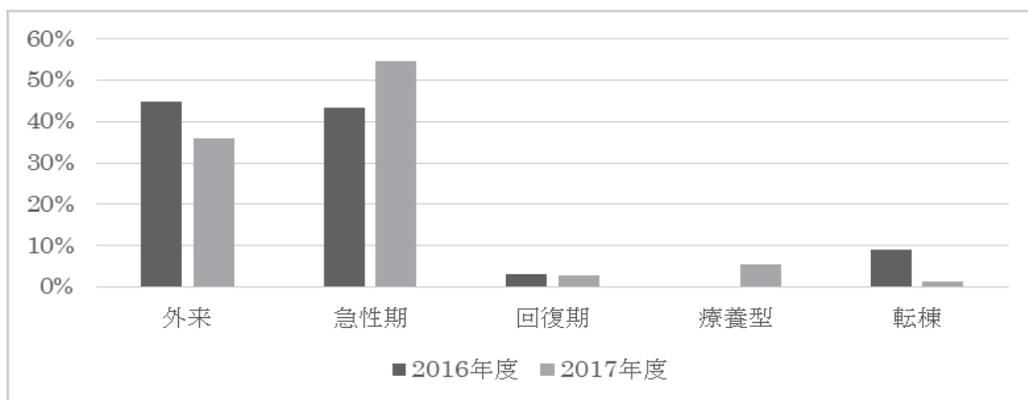


図 20：医療療養病棟転院元

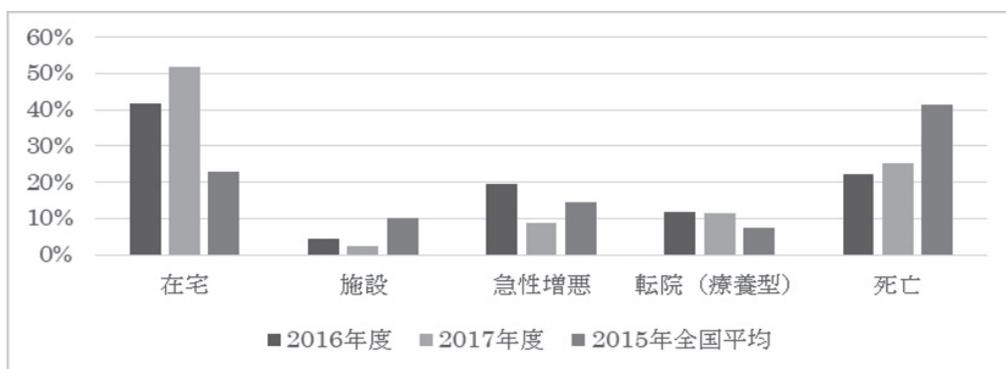


図 21：医療療養病棟転帰先

### 3-2-6. コスト調達分析

コスト調達分析では従来原料・資源調達コストに関する分析を行うが、病院の特性上、コスト調達は診療報酬により公定価格として定められ、その動向により左右される。ここでは現在の診療報酬と今後の予測について分析する。

2018年度診療報酬改定により、回復期リハビリテーション病棟入院料は3段階評価から6段階評価となり、よりアウトカムと医療の質重視の基準となった(図22)。

A病院は2018年度現在、回復期リハビリテーション病棟入院料1と体制強化加算を取得している。また、回復期アウトカム指数は2017年度の平均値は46.9点と基準値の37点を上回っている。また、医療療養病棟では、医療区分と在宅復帰機能強化加算の見直しにより、重症患者を受け入れ、在宅支援を行う施設に対し加算されることになった。A病院は2018年度現在、療養病棟入院料1と在宅復帰強化加算を取得

している。疾患別リハビリテーションにおいては診療報酬審査支払機関ごとに全国的な地域差がみられ、ある地域では運動器リハビリテーションの単位制限、廃用症候群リハビリテーション算定不可と言った査定を受けている。現在のところA市では疾患別リハビリテーションに対する制限はないものの、エビデンスとアウトカムが求められる中、データに基づいたリハビリテーションの効果と効率性は常時検討が必要である。

平成30年度診療報酬改定 I-1. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価② (2)急性期医療～長期療養

回復期リハビリテーション病棟入院料1～6の内容						
	入院料6	入院料5	入院料4	入院料3	入院料2	入院料1
医師	専任常勤1名以上					
看護職員	15対1以上(4割以上が看護師)			13対1以上(7割以上が看護師)		
看護補助者	30対1以上					
リハビリ専門職	専従常勤のPT2名以上、OT1名以上			専従常勤のPT3名以上、OT2名以上、ST1名以上		
社会福祉士	-			専任常勤1名以上		
管理栄養士	-			専任常勤1名(努力義務)		
リハビリ計画書の 栄養項目記載	-			必須		
リハビリテーション実績指数 等の院内掲示等による公開	○					
データ提出加算の届出	○(200床以上の病院のみ)			○		
実績部分	休日リハビリテーション - ※休日リハビリテーション提供体制加算あり ○					
「重症者」の割合 (日常生活機能評価10点以上)	-		2割以上		3割以上	
重症者における 退院時の日常生活機能評価	-		3割以上が 3点以上改善		3割以上が 4点以上改善	
自宅等に退院する割合	-		7割以上			
リハビリテーション実績指数	-		30以上		37以上	
点数 (生活療養を受ける場合)	1,647点 (1,632点)	1,702点 (1,687点)	1,806点 (1,791点)	1,861点 (1,846点)	2,025点 (2,011点)	2,085点 (2,071点)

※ 重償を整理する観点から回復期リハビリテーション病棟入院料における重症度、医療・看護必要度に係る要件は除外

平成30年度診療報酬改定の概要(医科1)その1より抜粋

図22: 回復期リハビリテーション病棟入院料

### 3-3. ブランド確立の目的とビジョン

Aaker(2014)は、ブランド・ビジョンは、地域や患者の目から見たときにそのブランドがあらわしてほしいと願うものであると提言している。ブランド・ビジョンは組織が成長するための目的の一助となり、病院が地域や患者に対し約束する行動指針でもある。ブランド・ビジョンを策定することにより、競合他院との差別化、患者との共感を呼び起こし、変革を起こす際の原点回帰にもなる。Aaker(2014)は、ブランド・ビジョンを策定する過程として、まずは病院理念を核とし、多くのビジョン・エレメントを打ち出した中で、最も理念に対し訴求力を持ち他社との差別化を際立たせる数個をコア・ビジョン・エレメントとし、その他は拡張・ビジョン・エレメントとして最重要項目にはなりえないながらも、ある計画がブランドに相応しいものかどうかの判

断材料としておく、としている。

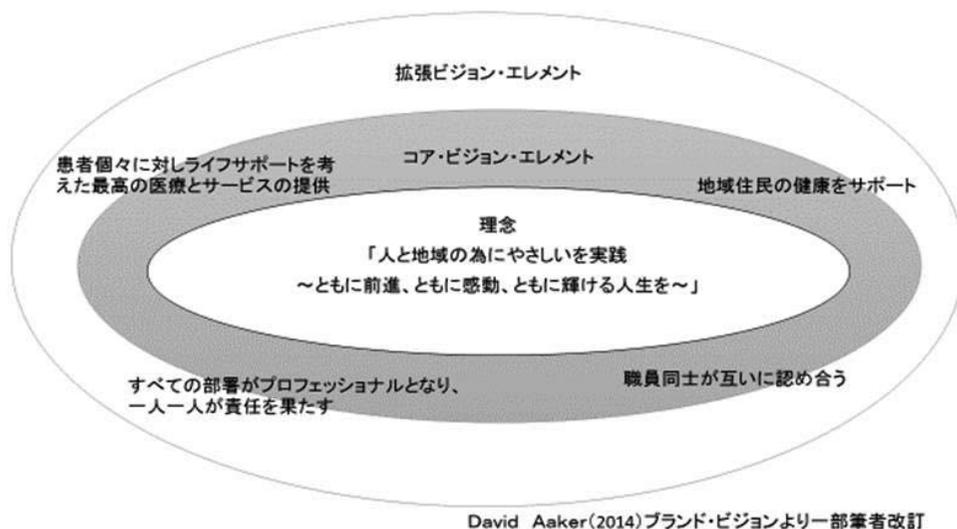


図 23 : ブランド・ビジョン・モデル

A病院においての核となる理念は「人と地域の為にやさしいを实践～ともに前進、ともに感動、ともに輝ける人生を～」とし、コア・ビジョン・エレメントとしては、地域住民の健康をサポート、患者個々に対しライフサポートを考えた最高の医療とサービスの提供、職員同士が互いに認め合う、すべての部署がプロフェッショナルになり、一人一人が責任を果たす、とする。リハビリテーションに特化し、地域・患者家族への人生を、地域密着小規模病院としての近い距離間でサポートできるという最大の強みを活かしたブランド・ビジョンを軸とすることにより、ミッションを明確にし、地域や患者家族へ適切なブランド提供を果たすことができると考える(図 23)。

今後、診療報酬改定や外部環境要因による事業戦略の方向転換を行う際も、常にブランド・ビジョンに立ち返り、コア・ビジョン・エレメント、拡張・ビジョン・エレメントを新たに加えるなどの見直しを図り、ブランド・ビジョンを深めていくことで、方向性を見失うことなく地域や患者家族へミッションを遂行できる病院として、ブランド価値を高めることができると考えている。

### 3-4. 中長期戦略

今後のA病院の中長期戦略の軸は、地域におけるリハビリテーション特化型中小病院として確固たる地位を築くことにある。

A病院は医療療養病棟においては創立以来 33 年に渡って同じポジションで運営している。2004 年には回復期リハビリテーション病棟を立ち上げ、新規ブランドによるブランド変更を行った。顧客分析によると入院患者の 5 割は F 区住民だが、入院患者の多くは「A病院を知るきっかけになったのは急性期病院の MSW の紹介」との事であった。流通分析から、A市主要急性期病院からのリハビリテーション特化型病院としての認知は比較的得られているようだが、患者個人の認知度は低いことから、未だ地域にA病院のブランドは浸透していないと考える。今一度、リハビリテーション特化型病院としてのポジションを新規ブランドから既存ブランドとして定着し、加えて今後の診療報酬改定や人口動態においての地域ニーズに合った新規市場での事業展開も検討が必要となる(図 24)。

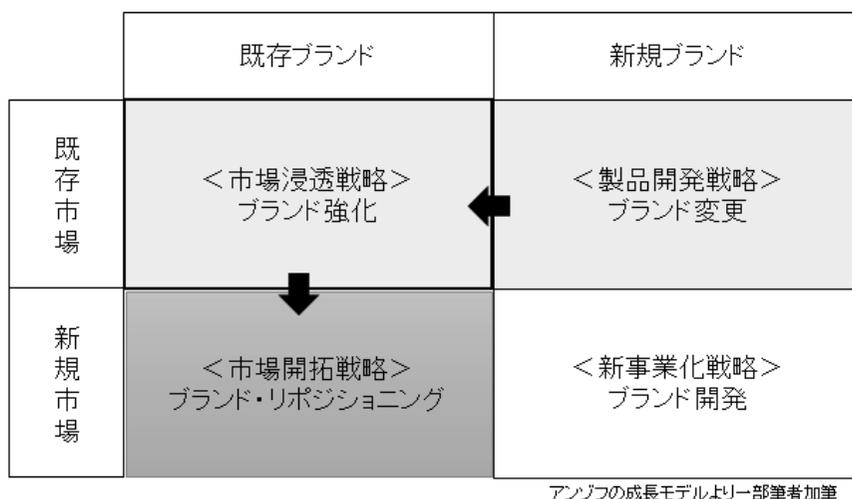


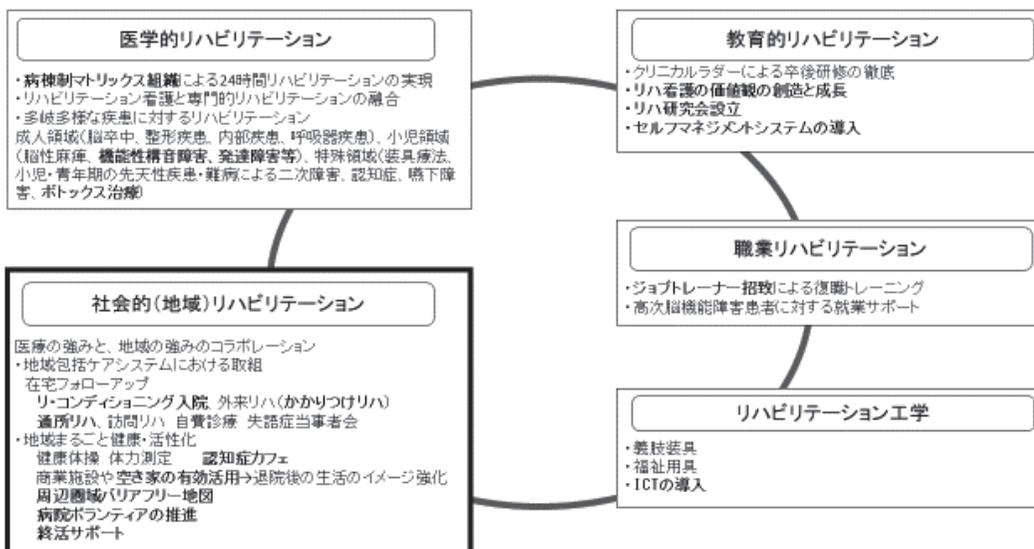
図 24：A病院におけるポジショニング

第 3 節の前半で述べたマーケティング分析の結果、A病院は F 区在住患者が多数を占めており、入院患者においては A 市に隣接した急性期病院からの紹介患者である。今後の A 市における人口動態・受療率から、A病院のターゲット患者層は脳血管疾患から整形疾患へ移行し、特に高齢者女性の認知症患者の転倒後の骨折は今後増加の一途を辿る。A病院の入院患者全体においても、疾患の重症化かつ複雑な生活背景等による退院困難となる患者の増加が予測される。多岐に渡る患者に対し「患者個々に対しライフサポートを考えた最高の医療とサービスの提供」というブランド・コアビジョンを実践していくには、入院早期から在宅生活のサポート体制を構築し、その患者に対するオーダーメイド支援を目指す。また、地域包括ケアシステムにおいて患者を

点ではなく線で見ることが地域リハビリテーションの本質である。そのためには、シームレスな医療—介護—地域連携強化もさることながら、患者自身のセルフマネジメントによる主体的な自己管理能力を高めるためのサポートを、入院時から地域と共に協働して行う必要がある。

そして、A病院のリハビリテーション特化型としてのミッションは、地域・患者家族への人生を地域密着小規模病院としての近い距離間でサポートする事にある。80年代憲章（国際障害者リハビリテーション協会）の中でのリハビリテーションの定義として、「リハビリテーションとは、障害をもった個人を援助し、可能な限りその機能を発揮させるように、そして社会のなかにインテグレート（統合）させるように、医学的・社会的・教育的・職業的な各手段を組み合わせる過程である」と明示されている。これらに加え、澤村(2013)はリハ工学を加え5領域に対するアプローチを実践することで、より患者のQOL向上につながると語っている。A病院の現在行っている取り組みと、今後構築が必要と考える取り組み(太字)を図25にまとめた。

A病院として地域密着リハビリテーション特化型病院としてのポジショニングを強化するために、5領域において、社会的（地域）リハビリテーションに重点を置いた取り組みを進めている。特にA病院の入院患者が在宅復帰した後のアフターフォロー体制として医療・介護両面における医学的リハビリテーションフォローアップと、完全ボランティアによる患者・家族当事者会を積極的に行っており、「ストップ・引きこもり」を掲げ、退院後の廃用予防を目的にICFにおける活動と参加の場の提供を行っている。また、医療の強みと地域の強みのコラボレーションをテーマに、周辺地域住民対象に健康増進サポート事業を行っている。F区は独居高齢者の多い地域であり、地域包括支援センターや地域住民ボランティア団体による高齢者健康増進活動が活発に行われており、地域ニーズも高い。しかし、地域住民ボランティアも高齢者による運用となり、ボランティア活動の継続が困難となってきた現状がある。そこで、すでに土着化しているボランティア活動による健康体操教室や介護カフェへ病院スタッフを積極的に派遣し、ボランティアのサポートを行うとともに、新たに介護予防策として地域包括支援センターといきいき百歳体操を用いた健康増進への取り組みとフレイルデータ分析を行っている。地域に出て、地域を知ることにより、F区やA市における課題も明確となってきた。今後、図24の太字部分について、地域ニーズと地域リソースを活かした新たな取り組み「F区我がごと丸ごとプロジェクト」をA病院と地域のコラボレーションとして行い、病院と地域とのシームレスな関係を構築していく。



(筆者作成)

図 25 : A病院リハビリテーション5領域における取組

今後中長期戦略の最大の課題としては、建物の老朽化による建替計画である。賀(2017)は、全室個室化病院は他病床と比較して明らかに患者活動度が上がることを示している。今後団塊の世代が高齢化を迎え、プライバシー重視の価値観が高まる中、個室化は患者にとっての入院生活を快適に過ごすため、病院の選択項目として影響力は大きいと考える。新病院建築の際は、周辺の競合病院では少ない全室個室化病棟を盛り込み、さらに患者家族の主体性を引き出す入院環境のあり方も検討が必要である。

建て替えにより場所や機能が変わっても、軸となるブランド・ビジョンが構築されていることで、その地域で必要とされる病院としての役割が地域にとって明確になると考える。リハビリテーション5領域の強化や病院建て替えを最大の機会とし、リハビリテーション特化型中小病院としてのA病院ブランド強化を図る。

#### 4. 考察

3-4節で述べた中長期戦略の実現可能性、事業継続への課題解決について、4-1節では中小病院として考察し、4-2節ではリハビリテーション特化型病院として考察する。

#### 4-1. 中小病院として

まずは、最大の課題となる建替計画において、新病院の病床機能を、回復期病床 85 床（回復期リハビリテーション病棟 60 床・地域包括ケア病棟 25 床）、医療療養病棟 35 床の計 120 床とする。新病院建設予定地としては現在 F 区を想定している。環境分析上（表 1、2）、人口に対し回復期病棟は飽和ではあるものの、半径 10 km 圏内にある C、D、E、H 区の回復期病床は不足している。新病院は最寄り駅から徒歩圏内への建設を予定しており、その利便性と A 病院のブランドを強みとして他区患者への認知度を上げていく。また、地域包括ケア病棟においては、外来かかりつけ医機能と訪問看護ステーションとの連携により、サブアキュート対象の入院患者を積極的に受け入れ、地域密着型ポジションにより、地域で在宅加療を行っている患者ニーズに対するフォローアップを行う。医療療養病棟は、現在サブアキュートによる患者受け入れが約 4 割を占めており（図 20）、これらの機能は地域包括ケア病棟へ移行し、医療療養病棟では、急性期～回復期期間に在宅復帰が困難であった患者を積極的に受け入れ、在宅へつなげる役割を担う。今後は医療療養病棟の転換など、地域のニーズに合わせた機能転換も検討する必要がある。建替における財務予測としては、一床当たり 17,080 千万円、病床数 120 床とし、什器等の費用は総額の 2 割として計算。おおよそ 30 億円の建築コストを 38 年減価償却とし、資本コストと収益の変化による正味現在価値法による投資シミュレーションを行った。その結果、30 億円の投資に対し NPV はいずれもプラスとなることが分かった。今後消費税引き上げや建築費の高騰もあるため、できる限り NPV の高い状態での投資シミュレーションを採用したい。正味現在価値法でのシミュレーションで NPV が最も高かったのは、資本コスト 1%、医業収益 21 億円、医業費用 19 億円の場合である。つまり、医業利益 3 億円を安定して得る必要がある（表 11）。

表 11：正味現在価値法による投資シミュレーション

投資額	3,000,000,000	
耐用年数	38	
減価償却方法	定額法	
実効税率	35.0%	
キャッシュ・フロー予想		
現金収入	2,100,000,000	
現金支出	-1,900,000,000	NPV
資本コスト	1.0%	4,962,977,189
	3.0%	3,545,522,234
	5.0%	2,658,912,561

医業収益を安定して得るためには、まずは A 法人における医業収益の 80% を占め

る入院収益の安定性が必須となる。そのためには、120床を稼働率95%で運用する必要がある。しかし、診療報酬改定などの外部環境要因により、安定した予算収益を維持することは簡単なことではない。2017年度の稼働率は回復期92%、療養病棟96%と比較的高水準であるが回復期病棟においてはやや不足している。これを解消するためにはベッドコントロールシステムの強化もさることながら、マーケティング分析を基に効果的な前方、後方支援病院・施設への営業活動強化や、競合病院との差別化を具現化し、患者家族に選ばれる病院となる必要がある。また、売り上げの20%を占める外来診療や訪問看護事業収益の安定性を図るために、かかりつけ医機能の構築、特殊疾患へのターゲットの拡大、みなし通所リハの立ち上げにより、現時点より1割増の収益を見込むと予測される。結果年間21億円の医業収益を得ることが可能となる。

また、医業費用を19億で抑えるために、人件費60%台前半を目標とする。2018年度の人件費率は66.1%であった。この数値を削減する方法として、採用人数を削減していく検討を取ることが多いが、闇雲に職員数を減らすという策による人件費削減は現場のコミットメントが低下しかねない。また、新病院においては多岐にわたる患者受け入れのための医療の質の担保が必要となる事、かかりつけ医機能を構築するために、常勤医師を多数確保していくことが必要である。現在のA病院における人員構成80%を占める看護部とリハビリテーション部人員を比較すると、リハビリテーション部は平均年齢30.8歳、看護部の平均年齢44.3歳と、看護部職員の高年齢化が特徴としてみられる。その理由として、回復期リハビリテーション病棟への就職希望者の多くは急性期などのある一定の看護経験を経て入職する傾向が圧倒的多数であり、A病院看護部の新卒採用は皆無である。

そこで人件費削減シミュレーションとして、看護部・リハビリテーション部の両部門における人員構成を若年層の厚みを増やし、給与は厚労省による賃金構造基本統計調査の平均値でおき試算した。看護部の新卒採用を順次行い、若年層の厚みを増やすことにより、現在の構成比における総賃金と比較して約5%の人件費削減を見込み、人件費の目標を61%と定めることが可能となる(表12、表13)。

その他、材料費は手術機能などを持たない病院となるため、通年の医業費用を鑑みて19億円の医業費用に抑えることは可能と考える。

表 12：A病院年齢構成における看護部・リハ部給与シミュレーション

年齢	給与別	現状	人数	現状の給与	目標	人数	建替後給与予測	クリニカルリーダーにおける役割
20-24	3,072,300	15%	15.2	46,545,345	22%	35.2	108,144,960	
25-29	3,525,100	19%	19.2	67,646,669	16%	25.6	90,242,560	プリセプター
30-34	3,744,000	15%	15.2	56,721,600	13%	20.8	77,875,200	リーダー
35-39	4,229,100	11%	11.1	46,985,301	10%	16	67,665,600	主任
40-44	4,838,500	10%	9.6	46,425,408	10%	16	77,416,000	病棟マネージャ
45-49	5,629,300	9%	9.1	51,170,337	10%	16	90,068,800	部門管理者
50-54	5,497,700	11%	11.1	61,079,447	10%	16	87,963,200	
55-59	6,157,300	6%	5.6	34,203,802	5%	8	49,258,400	
60-64	4,885,100	3%	3.0	14,801,853	2%	3.2	15,632,320	
65-	4,462,200	2%	2.0	9,013,644	2%	3.2	14,279,040	
総数			101	434,593,405		160	678,546,080	

表 13：A病院建替前後の給与額の試算

	平均賃金	現状職員数	総給与額	建替後職員数	総給与額	
医師	15,000,000	6	90,000,000	15	225,000,000	Dr常勤で15名採用
リハ	4,000,000	60	434,593,405	85	678,546,080	病床に対するリハ単位数で勘案
Ns	5,000,000	51		75		回復期13:1・医療療養20:1+@で勘案
CW	3,600,000	21	75,600,000	30	108,000,000	
コメディカル	4,500,000	8	36,000,000	30	135,000,000	
その他	4,500,000	22	99,000,000	40	180,000,000	
Dr非常勤	3,000,000	12	36,000,000			
総職員数		180	771,193,405	275	1,326,546,080	
総数に対する看護+リハ給与割合			56%	➡	51%	5%削減 約1000万円減

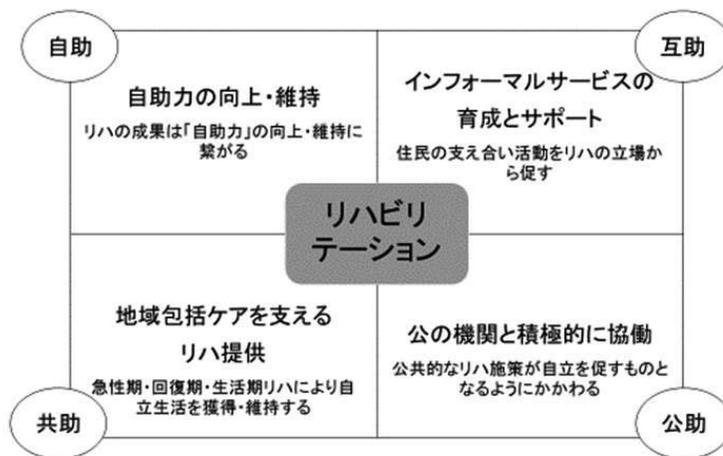
#### 4-2. リハビリテーション特化型病院として

リハビリテーション5領域を強化するためには、多くのシステム構築が必要となる。現在のA病院の取組（図 25）の中には、全国的にブランド認知の高いリハビリテーション病院はすでに行っている内容もある。つまり現在のところA病院の競合戦略では模倣・追随戦略となっている。しかし、競合病院を追従する中でA病院周辺地域や患者特ニーズに合わせてシステム変換していくことにより、独自のシステム構築となり、リハビリテーション特化型中小病院としてチャレンジャーとしてのブランド価値を高め、ポジションを確立することは可能であるとする（図 26）。



図 26：A病院競争地位戦略

A病院におけるリハビリテーション特化型病院としてのブランド・ビジョンの核は、社会的（地域）リハビリテーションである。日本リハビリテーション病院・施設協会は、リハビリテーション病院としての役割は、人生のあらゆるステージで変化するニーズに対しその人の望む生活の実現を目指したリハビリテーションの実施と、social inclusion の実現を目指すことである、としている。中長期戦略にある取組内容（図25）は、地域包括ケアシステムを支えるリハビリテーション（図27）に直結している。病院から地域へシームレスな連携を図るには、社会的（地域）リハビリテーションの強化が必須となる。そのためには、教育により医療の質を高め、医学的リハビリテーションにより、入院中のリハビリテーションを強化し、共助の役割を担う。また、職業的リハビリテーション・リハビリテーション工学は公助の役割として入院中から他機関との連携をスタートし、退院後も継続したサポートが受けられるシステム構築が必要である。そして、入院早期から地域ケアマネージャー等と協働してセルフマネジメント支援を行うことにより、患者が主体的に自分の体と向き合うことを習慣化することで、自助力の向上となり退院後の廃用予防に繋がる。患者家族も地域住民も、互助活動として丸ごとサポートすることにより地域でその人の望む豊かな生活を実現することが可能となる。



リハ医療関連団体協議会地域包括ケア推進リハ部会より抜粋

図27：地域包括ケアを支えるリハビリテーション

それらを可能とするためには内部組織としての底上げも必要となる。多岐多様なターゲットに対するリハビリテーションの質向上、セルフマネジメント支援を導入にあ

たって、クリニカルラダーの新たな見直しを図り、さらにOJTを中心とした若手教育体制を強化する必要がある。また、セルフマネジメントの回復期病棟としての有用性やリハビリテーション5領域の取り組みに対するエビデンスとアウトカムを、データ分析しアウトプットすることで、ブランド価値を高めることに繋がる。なにより、これらの戦略を遂行しA病院のブランド価値を上げていくためには、ブランド・コミュニケーションが必要になる。A病院のリハビリテーション特化型中小病院としてのブランドの浸透度合いを、定期的に地域住民や患者への満足度調査等により分析する必要がある。それらを元に職員が自院のブランド価値を知り、ブランド・ビジョンを語る組織風土が必要である。A病院の強みを患者や地域に対し何をどう伝えるかを、まずはブランド・ビジョンに基づいて職員間での意識を統一する必要がある。職員それぞれが地域や患者家族に対しブランドタッチポイントにおける適切なコミュニケーションを行うことにより、ブランド価値が高まり、ブランド・エクイティへつながると考える。

## 5. 結語

本稿では、ブランド戦略の観点からA病院の経営戦略を策定した。A病院は小規模病院で自院の中での資源も設備も現時点は限られている。しかしA市圏域は150万人都市であり、地域には多くの資源がある。A病院周辺地域のニーズに対し、地域資源を利活用し医療—地域の連携強化を行うことにより、ニーズが達成されるケースが多い。患者の多くは地域へ退院する。入院生活の中でレベルアップが図れたところで、地域で生活できなければADL・QOLは低下する。地域包括ケアシステムにおいて、地域との共生が推進される中で、A病院のような小規模の病院ならではの、地域とのコラボレーションにより、social inclusionの実現が可能となると考えている。しかし課題もある。目先の短期戦略思考から、演繹的なブランド戦略への視点の転換である。ブランド・ビジョンは、患者・職員のパッションを呼び起こし、実現可能で、長期に渡って意味を持ち、状況が変わっても適応でき、伝達可能でなければならない、とある(Aaker2014)。そしてブランド・エクイティにより安定した収益確保、長期的な事業継続が可能となる。A病院が今後小規模ながらもその地域にとって必要とされる病院となり、地域住民とともに輝ける病院としてのブランド・エクイティを確立することがミッションである、という事を病院全体として継続的に職員へ浸透させていくことが重要である。

## 謝辞

本稿をまとめるにあたり、兵庫県立大学大学院経営研究科の小山秀夫特命教授、筒井孝子教授、鳥邊晋司教授、藤江哲也教授にご示唆頂き、熱心かつ丁寧なご指導を賜り、この場をお借りして深く感謝申し上げます。また、医療・介護マネジメントコースの教員の多くの先生方、同級生の皆様にも重ねて御礼申し上げます。

## 参考文献（引用文献を含む）

- [1] 青野裕一(2017)「病院新築・建て替えに伴う医療マーケティングの意義と役割」兵庫県立大学大学院経営研究科修士論文。
- [2] 伊丹敬之(2012)『経営戦略の論理 ダイナミック適合と不均衡ダイナミズム』日本経済新聞出版社。
- [3] 賀馨(2017)「回復期リハビリテーション病棟の空間がリハビリ以外の時間帯の身体活動に及ぼす効果に関する研究」大阪市立大学博士論文。
- [4] 株式会社日本能率協会総合研究所(2017)「入退院を繰り返す可能性のある要介護者等における再発防止のためのセルフマネジメントの在り方に関する調査研究事業報告書」平成28年度老人保健事業推進等補助金(老人保健健康増進等事業)。
- [5] 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一考察ー」『商大ビジネスレビュー』6巻2号、pp.73-94。
- [6] 厚生労働省(2011)「近年行われた病院合併・再編成等に係る調査研究」平成23年度医療施設経営安定化推進事業。
- [7] 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』7巻2号、pp.51-81。
- [8] 澤村誠志(2013)「若い理学療法士へー私が50年間歩いてきた地域リハの経験から」『理学療法学』40巻6号、pp.449-454。
- [9] 澤村誠志(2018)『地域リハビリテーションと私』株式会社CBR。
- [10] 田中洋(2002)『企業を高めるブランド戦略』講談社。
- [11] 田中洋(2017)『ブランド戦略論』有斐閣。
- [12] デービッド・アーカー、阿久津聡 訳(2014)『ブランド論』ダイヤモンド社。
- [13] 橋口和生、真野俊樹、上野信三、織畑基一、太田博明(2003)「総合病院のブランドを高める戦略と戦術」『医療マネジメント学会雑誌』4巻3号、pp.457-464。
- [14] 服部奈緒(2013)「中小病院の病床再編戦略の考え方ー病床機能分化に向けて」

『商大ビジネスレビュー』 3巻1号、pp. 373-387。

[15] 宮地千尋(2012)「地域包括ケアシステムにおける在宅療養支援病院の経営戦略」  
『商大ビジネスレビュー』 2巻1号、pp. 281-294。

[16] 和田充夫(1996)『マーケティング戦略第五版』有斐閣アルマ。

## 引用ホームページ

[1] 医療介護情報局

<https://caremap.jp/>(2018年7月15日アクセス)

[2] 回復期リハビリテーション病棟協会ホームページ

<http://www.rehabili.jp/>(2018年7月10日アクセス)

[3] 公益社団法人全日本病院協会 平成25年度老人保健事業推進費等補助金 医療ニーズを有する高齢者の実態に関する横断的な調査研究事業

[https://www.ajha.or.jp/voice/pdf/other/140414\\_6.pdf](https://www.ajha.or.jp/voice/pdf/other/140414_6.pdf)(2018年8月1日アクセス)

[4] 厚生労働省 医療計画におけるロコモティブシンドローム対策の重要性

<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000135471.pdf> (2018年8月5日アクセス)

[5] 厚生労働省 病床機能報告

<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000055891.html>(2018年7月10日アクセス)

[6] 厚生労働省 平成30年度診療報酬改定の概要(医科1) その1

<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000198537.pdf>(2018年8月26日アクセス)

[7] 厚生労働省 2017年度賃金構造基本統計調査

<https://www.m3.com/open/iryoIshin/article/589468/>(2018年8月16日アクセス)

[8] 厚生労働省 療養病床における基礎的資料

[https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu\\_Shakaihoshoutantou/0000145177.pdf](https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000145177.pdf)(2018年8月2日アクセス)

[9] 国立社会保障・人口問題研究所ホームページ 将来推計人口・世帯数

<http://www.ipss.go.jp/syoushika/tohkei/Mainmenu.asp>(2018年7月5日アクセス)

- [10] 地域包括ケア病棟協会ホームページ  
<http://chiiki-hp.jp/>(2018年8月20日アクセス)
- [11] 独立行政法人 福祉医療機構 WAM ホームページ  
<http://www.wam.go.jp/hp/>(2018年8月16日アクセス)
- [12] 日本医師会 地域医療情報システム JMAP  
<http://jmap.jp/>(2018年7月2日アクセス)
- [13] 日本リハビリテーション病院・施設協会ホームページ  
<http://www.rehakyoh.jp/>
- [14] リクルートワークス研究所 フラット化による管理人数の拡大が 従業員の能力  
開発に及ぼす影響 —管理人数の拡大に潜む長期リスクを探る—  
[https://www.works-i.com/pdf/100601\\_WR05\\_11.pdf](https://www.works-i.com/pdf/100601_WR05_11.pdf)(2018年8月18日アクセス)