

医療機関における垂直連携・統合戦略の必要性

且 裕 行

キーワード：人口減少、医療機関、経営戦略、競争戦略、競争要因分析

1. はじめに

2019年6月21日、経済財政運営と改革の基本方針2019¹が閣議決定され、社会保障改革のうち「医療・介護制度改革」に関しては、(1) 医療・福祉サービス改革プランの推進、(2) 医療提供体制の効率化、(3) 保険者機能の強化、(4) 診療報酬・医薬品等が示され、また、制度の持続可能性に向けての「給付と負担の見直し」に関しては、「骨太方針2020において政策を取りまとめる」とされた。

特に、医療提供体制において、地域医療構想の実現、医師偏在対策、医療従事者の働き方改革を三位一体で推進することが求められた。この地域医療構想では、その実現に向けて「全ての公立・公的医療機関等の機能が民間医療機関では担えない機能に重点化され、2025年において達成すべき医療機能の再編、病床数等の適正化に沿ったものとなるよう、『重点対象区域』の設定を通じて国による助言や集中的な支援を行う」ことや、「民間医療機関についても、2025年における地域医療構想の実現に沿ったものとなるよう対応方針の策定を改めて求める」ことが明確化された。さらには、こうした改革が進まない場合には、「2020年度に実効性のある新たな都道府県知事の権限の在り方について検討し、できる限り早期に所要の措置を講ずる」とされた。

「2025年に団塊の世代がすべて後期高齢者となり、医療・介護ニーズが今後、急速に増大する」「その後、2040年にかけて社会保障の主な支え手となる現役世代が急速に減少していく」ことを踏まえれば、「給付と負担の見直し²」に関する議論は必須と

¹ 内閣府ホームページ「経済財政運営と改革の基本方針2019」いわゆる骨太方針2019

²例えば、後期高齢者医療制度における自己負担の在り方、医療・介護における保険給付範囲の在り方など

いえ、医療機関は、これらの動向に先んじて、それぞれの地域に根ざした経営戦略を策定し、実行していくことが求められる。

医療機関での経営戦略に関して、尾形（2002）は、中長期的に考えれば、病床数の縮減、スリム化と病床の効率的利用が求められるとしたうえで、『わが国の病院経営に関して、診療科の選択、病床規模、ロケーション等、どのようなポジションをとるかについて複数の可能性、選択肢があり、戦略は当然必要』と述べている。

真野（2005）は、『医療界は、厳密な意味での経営学的な議論が少なく、いかに診療報酬を間違えずに請求するか、いかに規制変化を先取りするか、といったことが医療経営の中心であった。しかしながら、環境変化への対応を抜きにしては、医療機関をマネジメントすることができない時代になっている』と述べている。

高山・梅田（2003）は、医療・福祉ビジネスでの経営戦略について、『医療・福祉ビジネスのように価格が決められている規制下での自由競争の最善の戦略は、品質追求を達成できたものが最終的な勝ち組となる。何故ならば、情報の提供が進めば進むほど、品質以外に差別化できる要素がない』と述べている。

保田（2013）は、『医師のレベルアップで終わるわけではなく、医療機関の組織力を高めるマネジメント、組織力を展開し患者の満足度を高めるマーケティング等の実践が対象となり、医療機関のマネジメント研究の進展が必要』と、医療自体の質的向上は医療機関経営の質的向上が決め手となると述べている。

上條（2017）は、『医療は公共事業の一つと考えられ、さまざまな規制と保護の中で行われているため、根本的に利益優先は考えられてこなかった。しかしこのままの運営方法では持続することが困難な時代になっており、病院は営利組織ではないが、新しい機器の購入や最新の治療を行うための環境整備のために健全な経営が必要』と述べており、医療分野でも経営が必要不可欠となっている。

2. 研究の目的

こうした背景を踏まえ本稿では、安定した経営を継続している岡山県南西部にある高度急性期病院である A 病院の経営分析を通して、高齢化が進展する中での人口減少を受け、大きな変革が求められている医療保障制度下における医療機関の経営戦略の在り方を検討するとともに、病床数の多さが指摘され、機能分化が強く求められている高度急性期医療を担う病院における経営戦略の要件について提示すること目的とした。

3. 研究の方法

本稿では、岡山県南西部医療圏に存在する A 病院を対象として、病院のある県、医療圏のデータから地域分析を行うとともに、同一医療圏内にある同規模病院との比較を通して、その特徴を明らかにする。

さらに、A 病院の職員数や平均在院日数、手術数などの診療実績データと財務データの分析を通して、その経営状況の分析を行う。

最後に、外部環境および内部環境を総合的に勘案した SWOT 分析を行うことで、A 病院の強み・弱みを整理・確認する。

この病院の事例をもとに、これからの医療機関における経営戦略の要件について明らかにする。

なお、本稿の作成にあたり倫理的配慮として兵庫県立大学大学院経営研究科倫理審査委員会の審査を受審している（2019-0007）。

4. A 病院の経営分析

4-1. 岡山県および岡山県南西部の状況

A 病院のある岡山県および岡山県南西部医療圏を概観する。岡山県の医療供給体制は、県南東部（岡山市）と県南西部（倉敷市）では、一般病床、医師数、看護師数の偏差値は 55 を超え高水準であり³、日本を代表する医療の充実した地域となっている。一方で、山間部の高梁・新見、真庭、津山・英田は一般病床数と看護師数は全国平均以上であるが、医師数が少ない状況となっている。

図表 1 岡山県の医療供給体制

二次医療圏	病院数		診療所数		一般病床数		医師数		看護師数	
		偏差値		偏差値		偏差値		偏差値		偏差値
県南東部	77	54	866	57	9,453	65	3,245	63	10,654	59
県南西部	53	52	509	46	6,531	60	1,984	55	7,326	55
高梁・新見	8	63	65	63	399	47	86	39	573	50
真庭	7	68	44	57	425	59	78	42	481	54
津山・英田	18	57	164	55	1,125	46	359	45	1,815	53
岡山県	163	54	1,648	53	17,933	60	5,752	57	20,850	56

※日医総研 日医総研ワーキングペーパー「地域の医療提供体制の現状 - 都道府県別・二次医療圏別データ集 - (2018 年度版)」より筆者編集

³この標準偏差値は、日医総研 日医総研ワーキングペーパー「地域の医療提供体制の現状 - 都道府県別・二次医療圏別データ集 - (2018 年度版)」より記載。各医療圏の人口あたり医療資源量の相対的な位置づけを知るために偏差値を使用。算出の方法は、全国平均と A 医療圏の B という指標の値が一致すると偏差値が 50 になるよう、あえて 344 医療圏の平均でなく、全国平均値を用いて計算。正確に計算した偏差値とはやや値が異なるが、指標が全国平均値と一致すると偏差値は 50 となり、その地域の指標が全国平均より高いか低いかを判断しやすい。

国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集」によると、将来の人口に関して、岡山県全体では、2045年は2015年と比較して30万人減少し84%の水準になると予測されている。生産年齢人口が75%水準である一方、75歳以上の後期高齢者は1.2倍となるとされている。

県南西部も同様であり、2045年は2015年と比較して10万人減少し86%水準となり、生産年齢人口が75%水準である一方、75歳以上の後期高齢者は1.3倍となるとされており、少ない生産年齢人口で高齢者を支えていく態勢作りが必要となる。

隣接する高梁・新見医療圏は、深刻で2045年は2015年と比較して3万人減少し52%水準となり、生活水準を保つための経済圏の維持も難しくなることが考えられ、当該地域での医療体制の維持も懸念される。

よって、県南西部医療圏の医療機関は、高梁・新見医療圏の患者の受入れ拡大を念頭に入れつつ、人口減少を受けての患者数の維持・確保を考えていく必要がある。

図表2 岡山県、岡山県南西部医療圏、倉敷市、高梁・新見医療圏での将来人口推計

<岡山県>		(単位:人)					
年齢階層人口	国勢調査 2015年 ①	将来推計人口		②/①	2045年 ③	③/①	③-①
		2020年 ②	2025年 ②				
年少(0~14歳)	249,765	236,636	222,910	89%	187,670	75%	▲ 62,095
生産年齢1(15~39歳)	510,529	478,923	456,119	89%	377,520	74%	▲ 133,009
生産年齢2(40~64歳)	610,063	598,215	588,514	96%	471,407	77%	▲ 138,656
高齢者(65歳以上)	551,167	575,955	578,686	105%	583,433	106%	32,266
後期高齢者(75歳以上再掲)	274,364	306,240	351,759	128%	338,374	123%	64,010
総人口	1,921,525	1,889,729	1,846,230	96%	1,620,031	84%	▲ 301,494
<岡山県南西部医療圏>							
年少(0~14歳)	94,686	89,963	84,708	89%	71,855	76%	▲ 22,831
生産年齢1(15~39歳)	185,651	173,718	165,563	89%	138,509	75%	▲ 47,142
生産年齢2(40~64歳)	224,993	220,948	218,596	97%	174,674	78%	▲ 50,319
高齢者(65歳以上)	202,120	213,424	215,043	106%	220,384	109%	18,264
後期高齢者(75歳以上再掲)	96,909	112,606	131,756	136%	127,062	131%	30,153
総人口	707,450	698,053	683,910	97%	605,422	86%	▲ 102,028
<倉敷市>							
年少(0~14歳)	66,159	63,359	60,148	91%	52,132	79%	▲ 14,027
生産年齢1(15~39歳)	130,763	123,409	118,477	91%	101,913	78%	▲ 28,850
生産年齢2(40~64歳)	152,110	151,874	152,708	100%	125,470	82%	▲ 26,640
高齢者(65歳以上)	128,086	137,605	140,186	109%	152,916	119%	24,830
後期高齢者(75歳以上再掲)	59,103	71,622	85,820	145%	86,745	147%	27,642
総人口	477,118	476,247	471,519	99%	432,431	91%	▲ 44,687
<高梁・新見医療圏>							
年少(0~14歳)	6,262	5,204	4,370	70%	2,314	37%	▲ 3,948
生産年齢1(15~39歳)	13,274	11,372	9,684	73%	5,079	38%	▲ 8,195
生産年齢2(40~64歳)	18,905	16,453	14,335	76%	8,649	46%	▲ 10,256
高齢者(65歳以上)	24,292	23,982	23,061	95%	16,496	68%	▲ 7,796
後期高齢者(75歳以上再掲)	14,662	13,977	14,187	97%	10,942	75%	▲ 3,720
総人口	62,733	57,011	51,450	82%	32,538	52%	▲ 30,195

※国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集」より筆者作成

岡山県南西部医療圏には 53 病院が存在し、うち 8 病院が 100 床以上を保有している。このうち当該 A 病院と B 病院が 2 大病院として存在し、南西部医療圏の病床数の 3 分の 1 を占めている。

A 病院の許可病床数は、2000 年 1,151 病床から 2018 年 1,166 病床と 15 増加し、この 1,166 病床は全国で 8 番目の規模となる。

図表 3 南西部医療圏の 2 大病院

	A病院	B病院
病床数	1,166病床	1,182病床
主な機能	救命救急 総合周産期母子総合医療センター 地域がん診療連携拠点病院 災害拠点病院	高度救命救急 地域周産期母子医療センター 地域がん診療連携拠点病院 災害拠点病院 特定機能病院
患者数 (2017年度)	外来 2,659人/日 入院 1,060人/日	外来 1,766人/日 入院 616人/日

(筆者作成)

この岡山県および岡山県南西部医療圏の現況に対して、以下の取組みが開始されている。「第 8 次岡山県保健医療計画」に基づき、2013 年から「晴れやかネット⁴」が開始され、岡山県全体で患者の健康状態を見守るネットワークを構築している。

当初、岡山大学病院と A 病院の 2 病院で開始し、2018 年 4 月時点で 443 施設が参加するまでの規模となっている。さらに、2016 年から、この「晴れやかネット」は広島県が構築する「ひろしまHMネット」と連携を開始し、県を越えたネットワーク同士の接続を実現した。この結果、患者が県を越えて診療を受けても診療内容を参照でき、より正確・適切に治療を行うことができるようになってきている。このように A 病院は、地域医療のハブとして中核的な役割を先頭に立って担っている。

4-2. A 病院の現況

A 病院は、「地域に理想的な病院を」という趣旨から 1923 年に設立され、1970～1980 年には「大きなかかりつけ医」として規模拡大と質向上に取り組んできた。2000 年以降は充実する急性期施設を地域に最大限提供し、地域貢献の実現に注力し、2017 年度の新入院患者数は引き続き 30,000 人を維持している。1 日平均でみると、入院患者数、外来患者数は年々減少しており、2017 年度を 2013 年度と比較すると、入院患者

⁴ 「晴れやかネット」とは、患者の同意のもとに、各医療機関の医療情報を暗号化し、インターネットで結び、相互に共有するネットワークであり、これを活用し診療に役立てるための仕組みである。

数は95.8%、外来患者数は94.9%となっているが、平均在院日数は、2017年度を2013年度と比較すると0.9日減少させるとともに、手術件数合計は532件増加、特に外来手術は303件増（113.7%）とし収益増に注力している。

次に、地域連携では、紹介件数、逆紹介件数ともに年々増加しており、2017年度を2013年度と比較すると、紹介件数は102.4%、逆紹介件数は111.3%となっている。A病院が地域内での連携による医療を提供する体制（態勢）に注力し、強化していることがうかがえる。また、救急搬送件数、救急車受入数とも過去最高となっており、2017年度を2013年度と比較すると、救急搬送件数は109.8%、救急車受入件数は111.0%である。

人員は、医師474人、看護師1,188人が在籍するとともに、その他事務員が733人と医療技能者以外の人員も多く配置している。2017年度を2013年度と比較すると、看護師数が減少する一方、医師数計は107.2%、技術員108.6%、その他事務員110.9%と増加させている。その他事務員が所属する経営企画部では、中期計画の戦略案策定や計画のPDCAなどで病院の今後の方向性が検討されている。

図表4 A病院の活動実績および人員数の推移

<活動実績>

	単位	2013年度 ①	2014年度	2015年度	2016年度	2017年度 ②	②-①		②÷①	
							②-①	②÷①		
新入院患者数	人	30,014	30,270	30,924	30,694	30,247	233	100.8		
入院患者数 ※1	千人	404	392	389	391	386	-18	95.5		
1日平均	人	1,107	1,074	1,065	1,073	1,060	-47	95.8		
平均在院日数 ※2	日	12.8	12.2	11.8	12.0	11.9	-0.9	93.0		
外来患者数	千人	718	714	713	694	689	-29	96.0		
1日平均	人	2,801	2,786	2,787	2,708	2,659	-142	94.9		
紹介件数 ※3	件	40,570	40,196	41,390	41,461	41,525	955	102.4		
逆紹介件数 ※3	件	37,190	38,161	39,505	41,049	41,392	4,202	111.3		
救急搬送件数	件	9,230	9,917	10,015	9,924	10,134	904	109.8		
救急車受入数 ※4	件	8,724	9,409	9,474	9,465	9,682	958	111.0		
救急搬送後入院	件	4,413	4,716	4,962	5,036	5,395	982	122.3		
手術件数	件	12,404	12,622	12,847	12,984	12,936	532	104.3		
入院	件	10,188	10,172	10,268	10,315	10,417	229	102.2		
外来	件	2,216	2,450	2,579	2,669	2,519	303	113.7		

※1 入院延べ患者数(退院を含む) ※2 調整前 ※3 関係機関除く ※4 院外分

<人員数> (各暦年9月時点)

	単位	2013年度 ①	2014年度	2015年度	2016年度	2017年度 ②	②-①		②÷①	
							②-①	②÷①		
合計	人	3,219	3,290	3,370	3,257	3,306	87	102.7		
医師計	人	442	460	458	464	474	32	107.2		
医師 医員以上	人	251	256	263	263	279	28	111.2		
研修医 シニア	人	132	148	148	151	136	4	103.0		
研修医 ジュニア	人	59	56	47	50	59	0	100.0		
看護師	人	1,280	1,280	1,301	1,182	1,188	-92	92.8		
薬剤師	人	87	87	96	94	92	5	105.7		
技術員	人	395	413	422	416	429	34	108.6		
その他 事務員等	人	661	695	730	715	733	72	110.9		
パート	人	354	355	363	386	390	36	110.2		

※2013年度は在籍人員数、2014年度以降は実働人員数

財務面に関して、2017年度と2013年度を比較すると、医業収益22億円増、104.3%であり、入院診療収益は横ばいであるが外来診療収益が19億円増、110.5%と外来の収益増が医業収益増加の主因である。医業費用は31億円増となっており、医業収益よりも増加額が多い結果となった。人件費は16億円増、107.5%、材料費は11億円増、106.9%、その他経費も11億円増、114.9%と伸びている。

A病院は、重篤な急性期機能を担っており、急性期を支える人材・設備等が必要であり費用が必要となるが、患者数減を受けて、収入増が難しくなる中、費用の圧縮は課題となる。

指標からも同様の傾向がうかがえる。特に、キャッシュフローの状況を把握するEBITDA⁵は2013年度には11.4%あったものが2017年度には7.7%と3.7pt低下している。A病院は無借金経営であり支払利息がほとんどなく、減価償却費は年々減少しつつあるなか、2017年度の医業損益（経常利益）の減少がEBITDAを大幅に低下させた主因である。

図表5 A病院の医業損益および指標の推移

(単位:百万円、%)

	2013年度 ①	2014年度	2015年度	2016年度	2017年度 ②	②-①		②÷①	
						②-①	②÷①		
医業収益	53,332	53,803	55,709	55,073	55,626	2,294	104.3		
入院診療収益	31,976	31,914	32,005	31,857	32,010	34	100.1		
外来診療収益	18,377	18,872	20,620	20,071	20,306	1,929	110.5		
外来診療収益(保健センター)	6	9	12	11	12	6	200.0		
保健収益	1,642	1,725	1,792	1,827	1,954	312	119.0		
その他医業収益	478	453	502	528	482	4	100.8		
医業費用	51,958	52,511	54,500	53,682	55,080	3,122	106.0		
人件費	22,278	22,867	23,497	23,610	23,949	1,671	107.5		
材料費	17,141	17,061	18,559	17,826	18,324	1,183	106.9		
減価償却費	4,606	4,315	3,892	3,700	3,690	-916	80.1		
経費その他	7,933	8,268	8,552	8,546	9,117	1,184	114.9		
医業損益	1,373	1,292	1,208	1,391	546	-827	39.8		

<指標>

(単位:%、pt)

	2013年度 ①	2014年度	2015年度	2016年度	2017年度 ②	②-①		②÷①	
						②-①	②÷①		
総資産利益率(ROA)	2.30	2.14	1.95	2.22	0.87	-1.4	37.6		
経常利益率	2.60	2.42	2.19	2.55	0.99	-1.6	38.2		
給与費率	42.1	42.9	42.5	43.3	43.48	1.3	103.2		
材料費率	32.4	32.0	33.6	32.7	33.27	0.8	102.6		
経費率	3.8	3.6	3.3	3.5	3.90	0.1	102.4		
減価償却費率	8.7	8.1	7.0	6.8	6.70	-2.0	76.9		
支払利息比率	0.05	0.04	0.03	0.02	0.01	0.0	24.4		
流動比率	188.9	172.8	159.7	162.8	153.1	-35.7	81.1		
当座比率	134.4	139.2	128.6	120.9	132.4	-2.0	98.5		
EBITDA	11.4	10.6	9.3	9.4	7.7	-3.7	67.7		
経常利益	2.6	2.4	2.2	2.6	1.0	-1.6	38.1		
支払利息	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	24.3		
減価償却費	8.8	8.1	7.1	6.8	6.7	-2.0	76.8		

⁵ EBITDA (earnings before interest, taxes, depreciation, and amortization) : 税引前利益に支払利息と減価償却費を加算したものであり、他人資本を含む資本に対してどの程度のキャッシュフローを産みだしたかを簡易的に示す利益概念。

以上から、医療実績は横ばい傾向でありながら、患者1人あたりの単価上昇で増収となったものの、費用増の影響を受けて、2017年度はA病院として満足いく決算ではなかったと言える。そのような状況の中でも、中長期的に経営を安定させる目的から、長期借入金を完済しており、財務内容は良好で筋肉質な経営状態と判断できる。

4-3. A病院の強さ

A病院では、これまでも患者目線に立った取組みとして、1病床当たりの面積を127㎡と余裕のある住空間の提供などを実施し、地域にとって不可欠な医療機関のブランドを構築している。さらに優良な病院へ進化するために以下のような取組みが行われている。

まず、JCI⁶の認定取得である。医療の質と患者の安全性を国際的に審査されるもので、A病院は世界水準の医療の実践を目的に2016年3月に取得している。世界標準のルールに基づき病院全体の管理水準を引き上げ、厳しくなる医療を取り巻く環境の中で強い組織作りに取り組んでいる。

次に、「ブリリアント・ホスピタル⁷構想」がある。今後の限られた医療の財源と人材で患者の多様化するニーズに対応するため、徹底した業務の効率化と医療の質の向上が求められるが、医療現場では、医療機器の稼働率改善や検査需要の増加、高齢患者ケアへの医療スタッフの負担増加などといった課題があり、より具体的かつ持続的な解決策が求められている。継続的な高度医療と最適化された運営を両立する病院(ブリリアント・ホスピタル)を実現するため、病院内の医療機器の稼働最適化や働き方改革を実現するというものであり、2018年7月から取組みを開始している。

また、これまでに集積した健診データに基づいて開発したAIによって、健診受診者の将来的な疾病リスクを確率で提示し、改善に向けてサポートする健康管理センター「予防医療プラザ」を2019年に開設している。疾病リスクを低下させるという次世代の予防医療の展開を目指したものである。

A病院が優良経営を継続できている要因および今後の環境変化に関して、SWOT分析によって整理した。

⁶ JCI (Joint Commission International) とは、1994年に米国の病院評価機構 (JC: The Joint Commission) から発展して設立された、医療の質と患者の安全性を国際的に審査する機関。日本では26の医療機関が取得している。(2018年10月11日時点)

⁷ 病院内のモバイル端末や電子カルテでデジタル化された院内業務、ネットワークにつながる医療機器とその情報、従業員のオペレーションデータや臨床データなどをネットワークで接続し、収集したビッグデータを病院運営に活用していくというもの。

<強み>

- ・地域でトップの総合病院の地位を確立し、地域に根付いている
- ・地域の医療機関との間で紹介・逆紹介のネットワークを構築
- ・医師を中心に有能な人材を豊富に確保
- ・良好な財務内容（無借金経営）
- ・病院を経営するという認識をもった部署を設置
- ・将来を見据えた新たな取組みの継続的な実施

<弱み>

- ・地方都市に存在しているということ
- ・医療従事者の継続的な確保の難しさ
- ・継続した設備維持費用が必要

<機会>

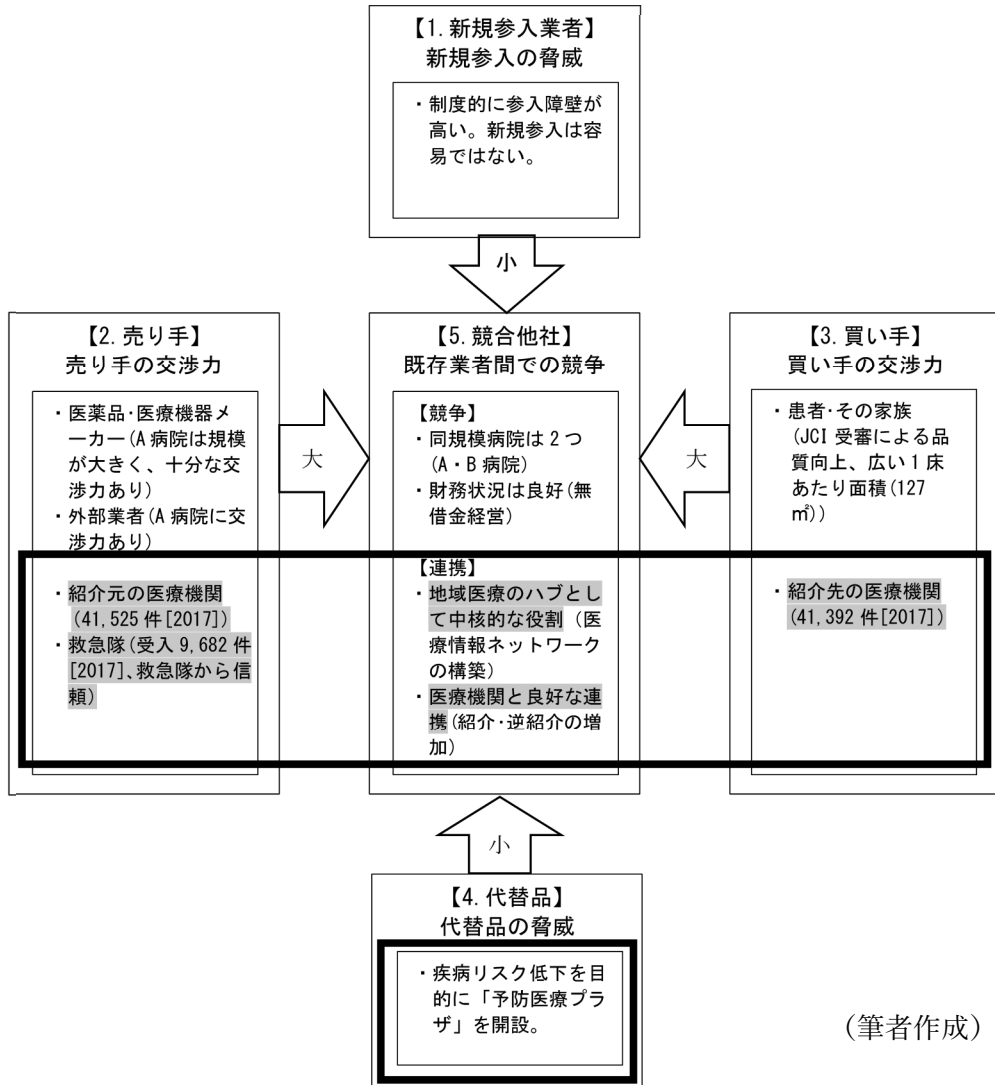
- ・競合する病院が1つのみであり、競争が少ない
- ・地域でA病院のブランドが確立されていること

<脅威>

- ・人口減少による患者の減少
- ・少子化による勤労世代の減少による新規採用者の減少
- ・診療報酬改定によって収入減の懸念

これまでの整理に基づき、競争要因分析に当てはめると以下の図となる。

図表6 A病院を取り巻く競争要因およびポイント



「強み」「機会」から、A病院は継続した先進的な取組みを行っており、また競合相手も限られており、地域での競争優位性は盤石と言える。特に、「地域の医療機関との間で紹介・逆紹介のネットワークを構築」しており、垂直連携・統合戦略を既に行っている。また「救急搬送の積極的な受け入れ」をしており、これが患者確保の強さとなっている。

一方で、「弱み」「脅威」から、患者数の維持、医療従事者の確保は中長期的に難しくなると考える。現在は筋肉質な財務内容を実現しているが、将来的に、収入の減少、

人件費増加による費用増による財務面への影響が懸念される。

この懸念に対して、短・中期的には、外来で可能な日帰り手術、日帰り心臓カテーテル検査の増加に注力し、外来診療単価を上げることにより収入増を図ることが有効な方策といえる。

長期的には、国内のみでは患者数、医療従事者の確保が困難であり、事業規模の縮小は免れない。これは国内のすべての医療機関、一般企業ともに同じである。しかしながら、医療機関は、一般企業のように「衰退時期であるから刈り取り戦略や即時撤退戦略」を選択できない。

A 病院は地域でのブランドをすでに構築しており「拠点確保戦略」は実行済みであり、さらなる紹介・逆紹介のネットワークの拡大に注力する地域内あるいは地域を跨いだ「リーダーシップ戦略」を発揮することが重要である。また、A 病院は財務面、人材面で体力がある現状であり、海外で医療事業を展開する、また海外の医師・看護師を受け入れ A 病院の品質を伝授し、海外からの患者を治療する国際的な病院に飛躍することも考えられる。

5. 考察

5-1. 垂直連携・統合戦略の必要性

A 病院の取組み事例から、今後の人口減少の中で医療機関が存続していくためには、地域での中核病院を頂点に、地域医療機関、介護事業者との「垂直的な連携・統合戦略」が必要な戦略と考える。

「垂直的な連携・統合戦略」により、以下を実現できるものとする。

①連携・統合のグループ内で迅速かつ漏れなく患者を紹介・逆紹介できる。

グループ内で地域の住民を包括的に見守ることができ、より高度な治療が必要となった際、迅速に中核病院へ紹介できる。治療終了時には、地域医療機関に逆紹介され、住民は自分の家に近いところでリハビリ等を受けることができる。

②グループ内での患者情報の共有により、患者のケア・サイクル全体が管理でき、患者の健康上のアウトカムの向上が可能となる。

連携・統合によってカルテ等の情報共有がされることにより、患者のケア・サイクル全体（予防、モニタリング、診断、治療、回復、長期管理）をグループ内で管理できる。そして、例えば、手術後 6 ヶ月後検査の連絡等を、医療機関から患者に行うことができ、患者の健康上のアウトカムを向上させることが可能となる。

また、地域で垂直連携・統合した医療グループの中核病院は、他の地域に存在するグループの中核病院との連携の戦略も今後の医療経営に有用と考える。この連携により、以下を実現できるものとする。

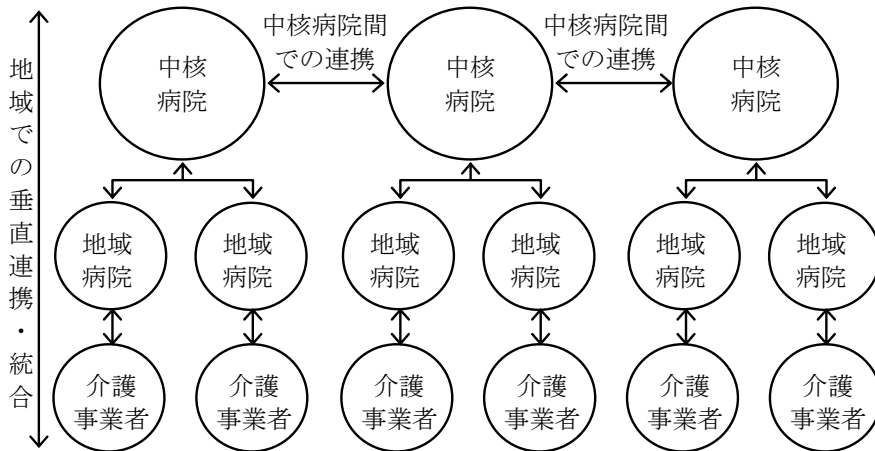
①中核病院の間で重複した診療科を廃止し、得意分野の診療科に集中し、他の診療科を両中核病院で補い合うことにより、グループを形成していない医療機関に対してコストリーダーシップおよび競争優位を確立できる。

重複した診療科の廃止によりコスト削減を実現できるだけでなく、得意分野に集中することにより専門性がさらに高度化し、競争優位を確固としたものにできる。

②さらに大きな紹介・逆紹介ネットワークが構築でき、患者のアウトカム管理が大きな形で実現し、このネットワークは他の医療機関に対して強力な差別化要因となる。

このネットワークの拡大には、構築されつつある「地域包括ケアシステム」の取組みに応じて行うことが最善と考える。地域包括ケアシステム自体は、自治体が整備・確立していくものであるが、高齢者を中心に、障がい者・在宅療養を必要とされる方に、医療、介護をシームレスに提供する中核を医療機関が担うわけであるから、これを機会として積極的に推進すべきと考える。

図表7 垂直的な連携・統合戦略、地域をまたいだ連携のイメージ図



(筆者作成)

5-2. 注力すべき顧客

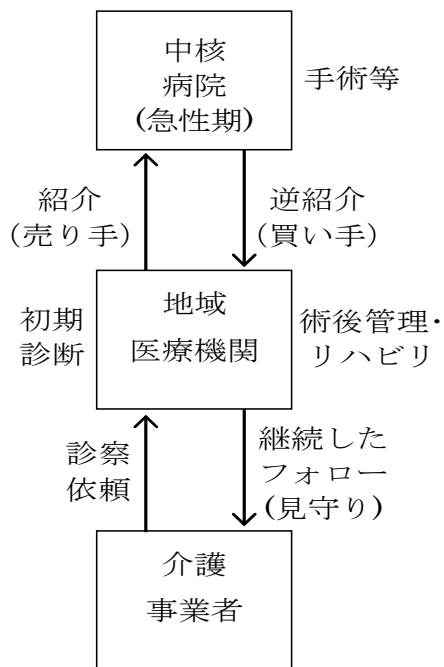
医療機関が今後、注力すべき顧客について整理する。国立社会保障・人口問題研究

所「人口統計資料集」によると、2017年から2040年にかけては、59歳以下の人口がすべて減少する一方で、60歳以上79歳以下はほぼ増減がなく、80歳以上が増加する想定となっている。2040年から2065年にかけては、79歳以下の人口が減少する一方で、80歳以上89歳以下はほぼ増減がなく、90歳以上が増加する想定となっている。よって、高齢者をいかに集客していくかが重要となる。

5-3. 競争要因分析からの医療機関経営の方向性

ポーター（1980）は、『競争戦略とは会社が自社の市場地位を強化できるよう、うまく競争する方法の探求であり、業界内で競争している企業は例外なく競争戦略を持っている』と述べている。ここでいう競争戦略は、業界の構造と競争業者を分析する枠組みとして競争要因分析（ファイブ・フォース・モデル）があり、「①新規参入の脅威」「②売り手の交渉力」「③買い手の交渉力」「④代替品の脅威」「⑤業界内での競争業者間の関係」で構成されるとしている。そのため、『業界の競争要因からうまく身を守り自社に有利なポジションを業界内に見つけることが必要である』としている。そして、『競争戦略とは、5つの競争要因にうまく対処し、組織を取り巻く外部環境を計算に入れて作りあげた戦略に他ならない』と述べている。

図表8 医療機関（病院・地域診療所）・介護事業者との垂直連携・統合のイメージ



(筆者作成)

ただし、医療機関では、「①新規参入の脅威」「④代替品の脅威」は影響が小さい。「②売り手の交渉力」「③買い手の交渉力」「⑤業界内での競争業者間の関係」が、競争に影響を大きく与える要因となるが、「売り手」「買い手」の中に医療機関が存在していると整理できる。医療機関の規模・役割によって位置づけが異なり、業界内で競争相手になることもあれば、売り手・買い手として交渉相手にもなる。

また、売り手と買い手が同じ医療機関になることも多いと考える。具体的には、重症化した患者を専門的な医療機関に紹介し、治療が終了し地域医療機関に逆紹介する

といったケースである。一般に、高齢になればなるほど、罹患のリスクは高いため、繰り返し、入・退院することとなるからである。高齢化が進む中、高齢患者を獲得できるように、紹介・逆紹介ができるネットワークを構築すること、すなわち、「売り手」「買い手」に存在する医療機関との垂直的な連携・統合戦略が重要と考える。

また、紹介・逆紹介は医療機関の間に限らず、介護事業者と医療機関の間でも成り立つ。よって、医療機関の間での紹介・逆紹介のネットワークに介護事業者も組み込んだ連携・統合戦略によって、高齢者の繰り返される慢性疾患を治療し見守る態勢の構築が必要となる。

医療機関の場合、患者の症状の程度に応じて役割の異なる病院が対応する必要があり、医療機関同士のゼロサム競争ではなく、医療機関が連携・統合することが得策である。

さらに、代替品に位置づけた予防に係わる健診サービスは医療機関本体で担える事業であり、地域の健康を支える役割とともに将来的な顧客獲得を目的に注力すべき分野と考えられる。

A 病院では、紹介件数、逆紹介件数ともに年々増加している。救急搬送件数、救急車受入数は過去最高となっており、A 病院は高度急性期の地域の中核病院として地域医療機関との連携体制をすでに構築している。また、疾病の予防に関して、AI を用いて健診受診者の将来的な疾病リスクを予測し改善に向けてサポートする健康管理センターを開設しており、地域へのさらなる貢献を実現している。このように、A 病院は、先進的な取組みによって地域での競争優位を盤石なものにしている。

6. 結論

医療機関の経営戦略として、A 病院の取組みから地域医療機関、介護事業者との「垂直的な連携・統合戦略」が必要であり、競争要因分析に当てはめて整理すると「垂直的な連携・統合戦略」は「売り手」「買い手」との垂直統合であることが判明した。よって、医療機関は、それぞれの地域に根ざし、地域医療機関と連携・統合して事業を継続していくことが重要である。

当該研究は、継続して先進的な取組みを行うとともに、競合相手も限られており、地域での競争優位性が盤石な A 病院を事例とするものであった。特に、地域の医療機関との間で紹介・逆紹介のネットワークを構築している日本でも有数の優良な高度急性期の医療機関であった。そのため、医療機関経営が厳しくなる中、赤字の医療機関がどのような状況となっているのか、どのような戦略を進めるべきか、介護事業者との

連携・統合を具体的にどのようにするのかの研究ができておらず課題である。

A 病院のような優良な医療機関であっても、今後の人口減少を考えると、患者数の維持、医療従事者の確保は中長期的に難しくなり、収入の減少、人件費増加による費用増による財務面への影響が懸念される。一般企業の経営戦略が環境変化によって方向性を再策定するように、医療機関を取り巻く環境変化を踏まえつつ、様々な規模、地域で異なる医療機関の経営戦略をさらに検討し、新たな方向性の研究が必要である。

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 小山秀夫教授、筒井孝子教授、大冢賀政昭先生、木下隆志先生より、熱心なご指導を賜りましたことに感謝いたします。また、兵庫県立大学大学院経営研究科 医療マネジメントおよび介護マネジメントコースでご指導を賜りました貝瀬徹教授、鳥邊晋司教授、藤江哲也教授に感謝いたします。

引用文献（引用ホームページを含む）

- [1] 尾形裕也(2002)「わが国の医療提供体制の改革と病院経営」医療と社会、12. 1、3-15 頁。
- [2] 真野俊樹(2005)「医療経営学とは何か：経済学、経営学のディシプリンからみた位置づけ」、経営・情報研究、No.9、1-13 頁。
- [3] 高山誠、梅田勝(2003)「医療・介護ビジネスの特殊性と経営戦略」、オフィス・オートメーション、Vol. 24、No. 3、11-16 頁。
- [4] 保田宗良(2013)「医療機関の経営改善と患者満足についての若干の考察」、人文社会論叢、社会科学篇 29、75-86 頁。
- [5] 上條由美(2017)「急性期病院における新規入院患者の戦略的意義」、昭和学会誌、第 77 巻、第 2 号、117-122 頁。
- [6] Michael E. Porter『競争の戦略』土岐坤・中辻萬治・服部照夫訳、ダイヤモンド社。
- [7] 内閣府ホームページ 経済財政運営と改革の基本方針 2019
<https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/cabinet/2019/decision0621.html>
(2019 年 8 月 8 日アクセス)
- [8] 日医総研 日医総研ワーキングペーパー「地域の医療提供体制の現状 - 都道府県別・二次医療圏別データ集 - (2018 年度版)」
http://www.jmari.med.or.jp/research/research/wr_668.html

(2019年8月8日アクセス)

[9] 倉敷中央病院ホームページ

<https://www.kchnet.or.jp/> (2019年8月8日アクセス)

[10] 川崎医科大学付属病院ホームページ

<https://h.kawasaki-m.ac.jp/> (2019年8月8日アクセス)

[11] 一般社団法人メディカルツーリズム協会ホームページ

<https://www.medical-tourism.or.jp/> (2019年8月17日アクセス)

[12] 国立社会保障・人口問題研究所ホームページ 人口統計資料集

<http://www.ipss.go.jp/syoushika/tohkei/Popular/Popular2019.asp?chap=2&title1=%87U%81D%94N%97%EE%95%CA%901%8C%FB> (2019年7月20日アクセス)

[13] 厚生労働省ホームページ 平成29年(2017)患者調査の概況

<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/17/index.html>

(2019年7月20日アクセス)

参考文献

[1] 小山秀夫(2019)「なぜ医療や介護に経営といった考え方が必要なのか」兵庫県立大学大学院経営研究科 医療マネジメントコース 2019年4月6日病院運営論 講義資料。

[2] 小山秀夫(2019)「経営講座 平成30年報酬改定後の経営について⑤ 地域医療構想を見越した報酬改定だけではドラステックな病床機能転換は起きない」『WAM』2019年2月号30-31頁。

[3] 筒井孝子(2019)「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」、兵庫県立大学大学院経営研究科 医療マネジメントコース 2019年5月25日病院運営論 講義資料。

[4] 筒井孝子(2014)『地域包括ケアシステムのサイエンス integrated care 理論と実証』社会保険研究所。

[5] 筒井孝子(2019)「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」、兵庫県立大学大学院経営研究科 医療マネジメントコース 2019年5月25日病院運営論 講義資料。

[6] Michael E. Porter『競争優位の戦略』土岐坤・中辻萬治・小野寺武夫訳、ダイヤモンド社。

[7] Michael E. Porter & Elizabeth O. Teisberg『医療戦略の本質』山本雄士訳、日

経 BP 社。

- [8] 鳥邊晋司、藤江哲也『財務分析（医療・介護）講義ノート』。
- [9] 尾形裕也(2004)「医療経営学」序説：課題と展望」医療と社会、14. 3、97-110 頁。
- [10] 川上智子、木村憲洋(2013)「医療のマーケティング序論～7 P と患者志向の再考」『マーケティングジャーナル』127 号、Vol. 32、Nor. 3、4-14 頁。
- [11] 増山絵里(2011)「患者満足構成要素の究明」、中央大学商学部久保知一研究室、第 3 期卒業論文。
- [12] 株式会社百五経済研究所(2009)『病院の選択と満足度に関するアンケート調査結果報告書』

参考ホームページ

- [1] 総務省ホームページ 人口推計（平成 31 年（2019 年）2 月確定値，令和元年（2019 年）7 月概算値）（2019 年 7 月 22 日公表）
<https://www.stat.go.jp/data/jinsui/new.html>
（2019 年 7 月 29 日アクセス）
- [2] 厚生労働省ホームページ 平成 29 年簡易生命表の概況
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/life/life17/index.html>
（2019 年 7 月 29 日アクセス）
- [3] 経済産業省ホームページ 2017 年版中小企業白書 概要
<https://a.msip.securewg.jp/docview/viewer/docN14B73DB832DEe9aea3d9-2950-4a38-bc53-acde142b87c5>
（2019 年 7 月 29 日アクセス）
- [4] 厚生労働省ホームページ 医療施設調査
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/79-1.html>
（2019 年 7 月 29 日アクセス）
- [5] 厚生労働省ホームページ 平成 28 年度 国民医療費の概況
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-iryohi/16/index.html>
（2019 年 7 月 20 日アクセス）
- [6] 厚生労働省ホームページ 平成 29 年度(2017)人口動態統計特殊報告、平成 27 年(2015)都道府県別年齢調整死亡率の概況
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/other/15sibou/index.html>
（2019 年 7 月 24 日アクセス）