

急性期病院の顧客獲得戦略

— リソース・ベスト・ビューからの考察 —

早稲田大学大学院 商学研究科

山地 佐和子

要約

本論文では、病院経営の重要な課題である「患者数を増やす」ことについて、顧客獲得と捉えて論じる。これまで企業の戦略研究の中で構築されてきた経営理論であるリソース・ベスト・ビューを理論的背景とし、そこから仮説を導出して検証する。

検証は、病院経営及び診療に係る公表データを用いて、まずは顧客獲得経路を明らかにし、その中から病院の内部資源や診療内容を表す変数を選択する。次に主成分分析、クラスター分析を用いて類型化し、それぞれの戦略の特徴を明らかにする。そして、公表データから導き出した病床利用率を用いて、戦略の効果を確認する。

この検証結果を改めてリソース・ベスト・ビューを用いて考察し、急性期病院の現在の戦略と、今後予想される戦略の変化について論じる。

キーワード

顧客獲得, リソース・ベスト・ビュー, ダイナミック・ケイパビリティ理論, 急性期病院, 救急医療

1. イントロダクション

1. 研究の背景と目的

病院は、けがや病気をもつ人に対して医療サービスを提供するという、人間の生命に係わる重要な使命をもっている。そのため、医療の質の確保や、診療範囲に関して、国や地方自治体の厳しい基準の下、サービス提供が行われている。一方で、その経営に関しては、一部公的な補助金等が充てられるものの、基本的には各機関に委ねられてい

る。図表 1 は一般病院¹⁾を対象とした調査結果であるが、いずれの設立母体も利益率が1%未満であり、病院経営の苦しい状況が見て取れる。

またコスト構造にも注目すると、人件費比率が50～60%と最も高く、次に、医薬品、医療材料費率が20～30%となっている。サービス業であること、また医療専門職という特殊技能をもつ雇用者が多いことから、人件費が高いことは動かしがたく、これらの固定費を十分にまかなう収入の確保が最低限必要となる。

図表 1 病院設立母体別の利益率とコスト構造の比較

	医療法人	自治体	社会保険関係団体	その他公的
医業利益率	0.6%	-15.3%	-0.5%	-2.8%
経常利益率	1.6%	-2.7%	0.8%	-0.6%
医薬品、医療材料費比率	18.6%	23.9%	25.5%	27.7%
人件費比率	53.3%	63.1%	51.8%	53.5%
委託費比率	5.6%	9.3%	6.5%	6.1%
設備関係費比率	8.1%	9.9%	10.8%	8.9%
経費比率	8.2%	9.3%	4.9%	5.0%
金利負担率	0.7%	1.4%	0.1%	0.3%

厚生労働省「平成27年度病院経営管理指標」より抜粋

病院収入のうち、医療の提供によって得られる収入（以下、医療収入と表記する。）は、患者数と患者一人当たりから得られる収入により決まるため、医療収入を増やすためには、患者数を増やすか、患者一人当たりから得られる収入を増やすか、のいずれか、または両方である。患者数を増やすことは、自院の提供する医療サービスを享受し、それに対価を支払ってくれる人を獲得するという基本的な目標であり、経営者のみならず従業員間での目標の共有もしやすい。それに対して、患者一人当たりから得られる収入を高くすることは、様々な要素が絡み合い複雑であること、また医療の質に係ることであり、恣意的な施策の実施は倫理的な問題が生じかねないために、着手することは容易ではない。これらをふまえて、本論文では、患者数を増やす、という病院の経営課題に着目する。病院経営は近年、重要なビジネスの一つとして関心が高まっているものの、医療マーケティングの分野は「顧客満足」を目的とした戦略的マーケティング、サービス・マーケティング及びリレーションシップ・マーケティングが主で（戸田2013）、病院の利益追求をテーマにした先行研究が少ない。この背景には、医療の世界で利益を追求することに対する倫理面での抵抗感（戸田2013）があるが、それに加えて、定量的研究を可能にする財務諸表等経営指標に係る公表データが企業に比べて非常に少なかったことも影響しているであろう。しかし近年、情報開示を積極的に行う流れは行政主導で進んできており、徐々に病院経営及び診療に係るデータが公表されつつある。そこで本論文では、病院経営及び診療に係る公表データを基に、これまでの企業研究の中で構築されてきた経営理論を用いて、それらをどのように病院経営に当てはめていくかという観点で論じていく。したがって、本論文では、患者数を増やすことを、「顧客を獲得する」という企業のマーケティング活動における重要な目標に言い換えて進めていく。

2. 研究方法

本論文に用いるデータは、DPC対象病院が厚生労働省に提出した平成27年度の入院診療データである。DPC

対象病院とは、急性期医療²⁾を提供する病院を対象にした入院医療費の定額支払い制度に参加している病院を示す。平成15年開始以降、この数は年々増加し、平成29年3月時点で、日本全国の一般病床の54%を占めている³⁾。これらの急性期医療を行う病院（以下、急性期病院とする。）が顧客（入院患者）を獲得するためには、以下の三つの経路がある。

- ① 地域の病院・診療所、介護・社会福祉施設からの紹介
- ② 救急隊による搬送
- ③ 患者自身による直接来院

厚生労働省が定める提出用の様式⁴⁾を参考に、急性期病院への入院に至る直前のみならず、けがや病気が発生した時を起点にし、退院後の経路も含めたフローを表したのが図表2である。このフローの中にある指標の値からDPC対象病院の顧客獲得に係る戦略を特定し、それらの戦略がどれだけ効果を出しているかを検証する。

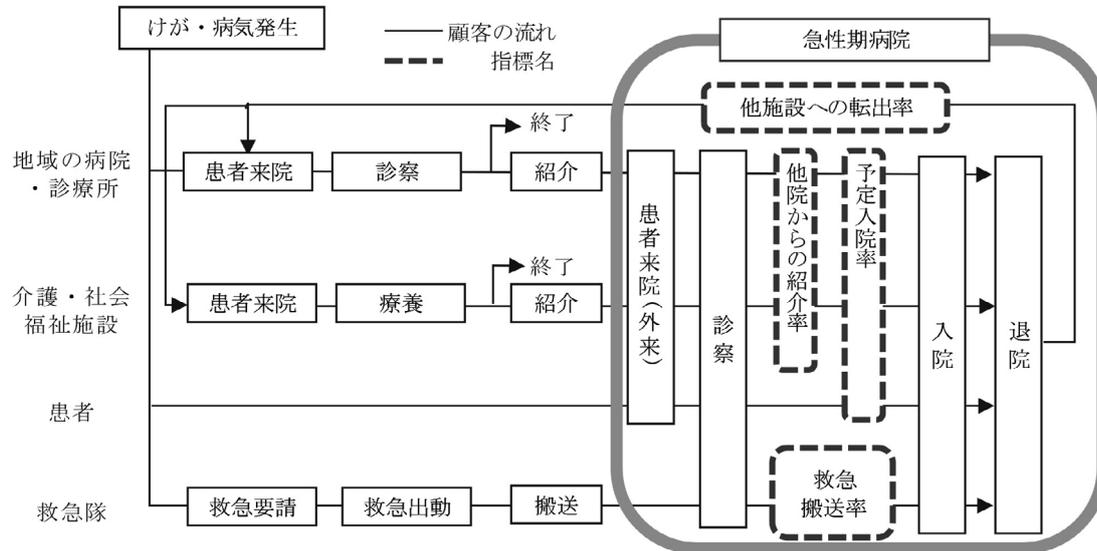
II. 理論的背景

本節では、急性期病院の顧客獲得に係る戦略を検討していくための理論視座をまとめる。そのために筆者は企業研究における経営理論について文献サーベイを行い、相応しい理論について検討を行った。

病院の診療領域の専門分化は市場を細分化したのではなく、そこにはターゲットやポジショニングも存在しない。また、病院経営において市場シェアという考え方は一般的でないため、競争上のポジショニングからの議論も適当ではない。これらのことから、従来のマーケティングで使われてきたSTP (Segmentation, Targeting, Positioning) の考え方は、用いることはできない。また、リレーションシップ・マーケティングにおける顧客満足度を高めるという観点は、患者への接し方などの運営面には影響を与えるものの、組織の業績の考察に用いるには前提が異なっている。

病院組織における顧客獲得という視点を考察するには、企業の戦略研究から導き出された、RBVやダイナミック・

図表 2 急性期病院の顧客獲得に係るフロー



ケイパビリティ論といった組織内部資源からの説明が有効だと考える。そこで、本節ではこれらの研究を複数検討した上で仮説を導く。

1. リソース・ベスト・ビュー

Jay B. Barneyは企業の経営資源とは、企業のコントロール下において、企業の効率と効果を改善するような戦略を構想したり実行したりすることを可能にするもの、と定義しており、財務資本、物的資本、人的資本、組織資本の四つに分類している (Barney2003:243)。仮にある経営資源を保有していることによって経営の外部環境に存在する機会を活用し、脅威を無力化することができ、かつそれを保有する企業の数のごく少数であり、かつ経営資源の複製コストが非常に高いか供給が非弾力的である場合、その経営資源が競争優位の潜在的源泉となり得る、とBarneyは前提に示している。医療業界においては、医師、看護師などの人的資本の希少性が高く、大学病院を除くほとんどの病院はそれらの確保に苦勞をしているおり、また、物的資本についても、高度医療を行うためには、非常に高額な医療機器が必要である。何を、どの程度所有し

ているか、つまり、組織の内部資源の配置、組み合わせが、顧客獲得における競争優位となり得る。

また、Collis & Montgomery (2004) は、企業が現在保有する資源と将来の競争で成功するための資源とが異なる場合、経営者はジレンマに陥ると指摘している。過去に成功した戦略を継続するのか、新しい分野へ変化させるのかという選択のジレンマは、多くの不確実性をともなうが、不確実性というものが戦略の非対称性をもたらし、収益を獲得する機会を作り出す、と述べている。

急性期病院の三つの顧客獲得経路のうちどこに注力するかを決めることは、何にどのくらい資源の投資を行うかを選択することでもある。①地域の病院・診療所等からの紹介は、それらとの関係性を築くことで、着実に顧客を獲得できる上、地域の病院・診療所等の医師によって初期診療が済んでいる患者に限定されるため、自院の診療範囲内の症例に収束する傾向にある。そのため、ここに注力するという選択は、不確実性は少なく、その投資による差がつきにくい。一方で②救急隊による搬送、③患者自身による直接来院は、いつ、どのような症状を持つ患者が来院するかは予測不能である。また、患者自身による直接来院は、

自力で来院できる状態であり、軽症である場合が多い。しかし、救急搬送については中・重症の比率が50%であり、来院後に入院になる確率が高い（図表 3）。

これらをふまえると、不確実性が高く、顧客獲得につながる可能性も高い救急搬送の受入れに重点を置く選択が、三つの顧客獲得経路のうち最も戦略の非対称性をもたらすと考えられる。

2. ダイナミック・ケイパビリティ論

前項で参照したRBVの一部で、環境の変化への対応、自己変革能力について加えて論じられているのが、ダイナミック・ケイパビリティ論である。D.J. Teece の定義によると、ダイナミック・ケイパビリティ論（以下 DCF と表記する）とは、企業が技術や市場変化への対応を目的として、資産の形成・再形成・配置・再配置を行うべく所有している特定の能力のことである。企業は、資源・ケイパビリティを所有するとしても、DCF を欠くならば、短期的に競争的収益を得る可能性に恵まれても、超過収益を持続しえない、として、資源ベース論の一部をなすことは認めながら、環境変化に対処するために先見的な適応を企てていく企業の能力が、持続的な競争優位をつくり上げると述べられている。（D.J. Teece 1997）

また、Teece は DCF の基礎を、①感知 ②捕捉 ③脅威のマネジメントと再配置、の三つの枠組みで説明している。感知は、機会の同定・評価、捕捉は機会に対処し、それにより価値獲得を実現するための資源の動員、再配置は継続的な更新を意味する。

救急搬送の受入れを積極的に行うことは、不確実性の

高い選択をする中で、環境の変化、とりわけ医療需要の変化を、日々の業務の中で「感知」することになる。それに伴い、「捕捉」、「再配置」が可能となり、結果的に DCF が高まるのではないかと考えられる。

以上、これまで述べてきた RBV と DCF の検討から、本論文ではリサーチ・クエスチョンとして「救急搬送に重点を置いている病院は、顧客獲得における競争優位性がある。」という仮説を設定して検証していく。

III. 検証方法

1. 検証プロセス

本論文では三つのステップで検証を進めていく。

(1) 類型化・戦略の特定

日本全国の DPC 対象病院の一年分の診療実績から、内部資源、診療内容およびマーケティング施策に係る変数を選択し、主成分を抽出し、それを基にクラスター分析を行い、類型化する。その上で、クラスター内の特徴を重回帰分析等を用いてより詳細に分析する。

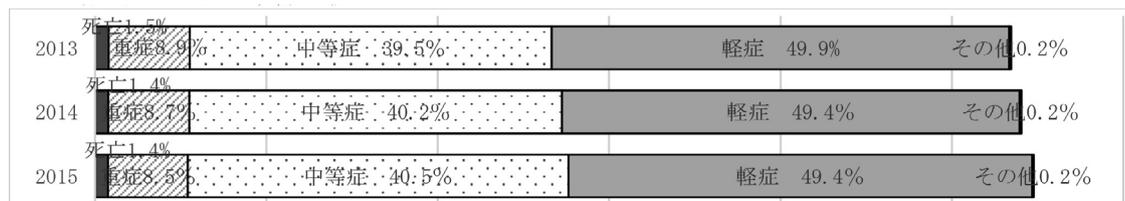
(2) 類型別顧客獲得実績の検証

病院の重要な経営指標の一つである病床利用率を用いて、各クラスターの戦略の有効性を検証する。

(3) 救急搬送率と他施設への転出率の検証

2変数の関連を、単回帰分析を用いて検証する。

図表 3 傷病程度の搬送人員数推移



平成 27・28 年版救急・救助の現況 総務省消防庁

2. 使用するデータ

本研究の調査対象は、日本全国のDPC対象病院及びDPC準備病院1844施設⁵⁾であり、分析に用いるデータは以下の二種類である。

(1) 病院の内部資源や診療内容を表すデータ

DPC対象病院及び準備病院は、入院診療データの提出が義務付けられており、それらを年度ごとに集計したデータが厚生労働省のWeb上に公開されている⁶⁾。本論文では、最新の公表データである、平成27年4月から翌年3月の退院患者に係るデータを用い、病院の内部資源や診療内容を表す変数を選択する。また、変数になり得るデータの他にも、経営母体の情報など、類型の特徴を特定するための情報も用いる。

(2) 病床利用率を表すデータ

病床利用率は、医療法第6条の3に規定する医療機能情報提供制度に基づき、各都道府県の医療機能情報提供サイトで公開されている一般病床の一日当たり平均入院患者数を病床数で除することにより、筆者が算出した。

上記から取得できるデータは一年分のみであり、経時的変化を加味できないため、一年分のデータの検証に意義があるかを確認する必要があった。総務省が公表している病院経営分析比較表⁷⁾では、全国の公立病院387病院の三ヶ年の一般病床利用率が公表されているため、それを利用し、病床利用率の経年変化について検証を行った。その結果、経年変動率は0.11%で、標準偏差の差異もほとんどなかった。

病院のデータは、他の業界に比べて入手可能なデータが非常に少なく、病院が経営計画を策定する際には、信頼性の高い業界平均や他の病院との比較がほとんどない中で、独自の経営計画を策定することとなる。その結果、経営指標の目標値については、対前年度比が主流となり、その目標を基に内部資源も確保するため、大きな変化は起こりにくい。それが上記の病床利用率の変動率にも表れており、この結果から、今回の検証では一ヶ年分のデータを対象として行うこととする。

以上の二種類のデータを用いるが、(1)で合併分割等により一年間分のデータが取得できなかった7病院、準備病院であったものの平成28年4月時点でDPC対象病院の認定がおりなかったと思われる25病院、(2)でデータが掲載されておらず都道府県に問い合わせを行ったものの、把握していないという回答だったため、データが得られなかった151病院、計183病院を除外して、1661病院のデータを今回の調査対象とする。

IV. 検証結果と考察

I. 検証に用いる変数の概要

平成27年4月から翌年3月に退院した患者を対象に、DPC対象病院及び準備病院が厚生労働省に行った報告内容から、内部資源、病院の診療内容やマーケティング施策を表す以下の8変数を選択して検証を行う。

これらの係数の基本的性質を把握するために、変数間相互の関係を2変量の相関分析で求めた。その結果が図表6であり、その中でも影響の強い相関関係は以下の通りである。

- ・ 病床数と他院からの紹介率 (.476)、予定入院率 (.365) は中程度の正の相関、他施設への転出率は中程度の負の相関 (-.352) がある。
- ・ 予定入院率は化学療法実施率 (.446)、全身麻酔実施率 (.501)、他院からの紹介率 (.441) と中程度の正の相関がある。
- ・ 他院からの紹介率は化学療法実施率と中程度の正の相関 (.422) がある。
- ・ 他施設への転出率は予定入院率と中程度の負の相関 (-.543)、救急搬送率と中程度の正の相関 (.499) がある。
- ・ 救急搬送率は予定入院率と強い負の相関 (-.681) がある。

図表 4 病床利用率の変動率

	27年度対前年度比変動率	26年度対前年度比変動率	年率換算の変動率（幾何平均）
平均変動率	0.66%	-0.44%	0.11%
標準偏差	0.0732	0.0700	-
変動係数	11.08	-15.91	-

図表 5 検証に使用する変数の説明

カテゴリ	変数名	説明
内部資源	病床数	DPCの対象となる急性期疾患診療のために使用している病床の数。
内部資源 及び 診療内容	予定入院率（化学療法再入院含む）	主に自施設の外来患者と病院間で、あらかじめ予定を相談した上で、入院に至っている患者の比率。自施設に、入院につながる中・重症患者を確保する外来機能（内部資源）があることも意味する。
	化学療法実施率	悪性疾患に対する主要な治療法の一つであり、それを実施した患者の比率。実施には、専門の医療スタッフや設備、機器などを要するため、内部資源が診療範囲を限定する。
	放射線療法実施率	
	全身麻酔実施率	全身麻酔が必要な手術を実施した患者の比率。外科的治療法であり、専門の医療スタッフ、麻酔医、設備、機器などを要するため、内部資源が診療範囲を限定する。
マーケティング 施策	他院からの紹介率	初回受診時に他病院、診療所からの診療情報提供書を持参していた患者の比率。
	他施設への転出率	退院後に他病院、診療所、介護及び社会福祉施設に転出した患者の比率。自施設の診療機能では不十分である場合、または、急性期以外の診療及び療養を要する場合が該当する。他院からの紹介率と同様に、近隣地域施設との相互協力体制を保つために重要な対外施策である。
	救急搬送率	救急車の搬送により来院し、入院となった患者の比率。

※病床数を除く全ての変数の分母は全入院患者数。

図表 6 各変数の2変量相関分析

		相関係数							
		病床数	予定入院率	化学療法実施率	放射線療法実施率	全身麻酔実施率	他院からの紹介率	他施設への転出率	救急搬送率
病床数	Pearson 相関係数	1	.365**	.376**	.228**	.182**	.476**	-.352**	-.150**
	Sig. (2-tailed)		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
予定入院率	Pearson 相関係数	.365**	1	.446**	.286**	.501**	.441**	-.543**	-.681**
	Sig. (2-tailed)	0.000		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
化学療法実施率	Pearson 相関係数	.376**	.446**	1	.299**	.057*	.422**	-.344**	-.350**
	Sig. (2-tailed)	0.000	0.000		0.000	0.019	0.000	0.000	0.000
放射線療法実施率	Pearson 相関係数	.228**	.286**	.299**	1	.127**	.270**	-.103**	-.149**
	Sig. (2-tailed)	0.000	0.000	0.000		0.000	0.000	0.000	0.000
全身麻酔実施率	Pearson 相関係数	.182**	.501**	.057*	.127**	1	.173**	-.222**	-.185**
	Sig. (2-tailed)	0.000	0.000	0.019	0.000		0.000	0.000	0.000
他院からの紹介率	Pearson 相関係数	.476**	.441**	.422**	.270**	.173**	1	-.263**	-.277**
	Sig. (2-tailed)	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000		0.000	0.000
他施設への転出率	Pearson 相関係数	-.352**	-.543**	-.344**	-.103**	-.222**	-.263**	1	.499**
	Sig. (2-tailed)	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000		0.000
救急搬送率	Pearson 相関係数	-.150**	-.681**	-.350**	-.149**	-.185**	-.277**	.499**	1
	Sig. (2-tailed)	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

2. 主成分の抽出

1. で説明した変数を用いて主成分分析を行った結果、二つの主成分が抽出された。説明された分散の累積は74.4%であった。

第1主成分は、「他院からの紹介率」が一番強い影響を持っているが、第2主成分にも影響が大きい変数のため、その他の独自成分で影響が大きく、正の相関関係にある「予定入院率」「病床数」「化学療法実施率」から、「内

部資源の充実度」とする。第2主成分は、「救急搬送率」「他施設への転出率」が強い成分であり、この2変数は前項で述べた通り正の相関関係にあるため、「救急搬送受入れへの積極度」とする。

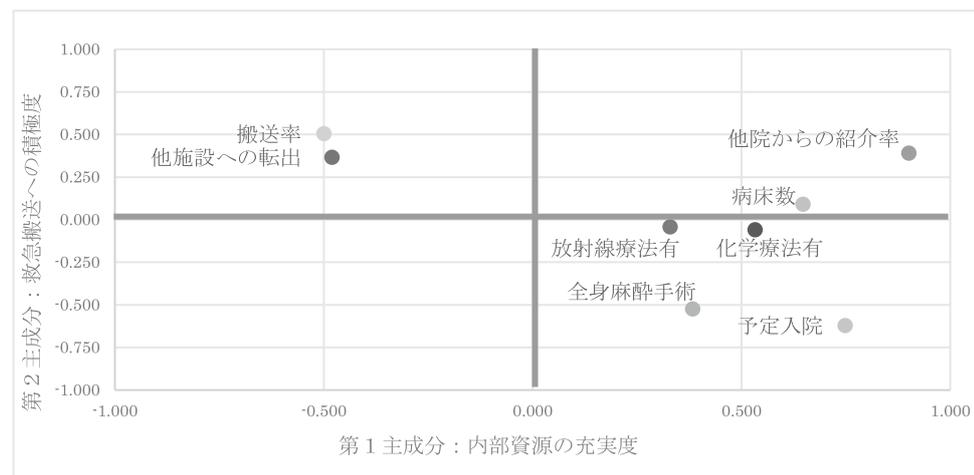
3. クラスター分析

次に、二つの主成分得点を変数として、クラスター分析を行った。

図表 7 成分行列

	元データ		再調整	
	成分		成分	
	1	2	1	2
他院からの紹介率	20.337	8.819	0.900	0.390
予定入院率（化学療法再入院を含む）	12.728	-10.569	0.748	-0.622
病床数	9.671	1.336	0.647	0.089
化学療法実施率	3.111	-0.355	0.532	-0.061
他施設への転出率	-3.383	2.576	-0.480	0.366
放射線療法実施率	0.635	-0.082	0.329	-0.043
全身麻酔実施率	4.441	-6.080	0.383	-0.524
救急搬送率	-4.553	4.584	-0.500	0.503

図表 8 主成分分析結果のプロット



図表 9と図表 10を参照すると、内部資源の充実度について、クラスター 4が突出して大きく、病床数は550床、次にクラスター 5の349床、クラスター 2が266床、クラスター 3が最小規模の164床であり、病床数の大きさと第1主成分の値が同じ傾向を示している。クラスター 1は分散傾向にあるため、これに当てはまらないが病床数平均は196床と小規模である。第2主成分について、図表 9を見るとクラスター 3, 4, 5は同程度であり、クラスター 2が少し低い値、クラスター 1が最も低い値として分類されている。クラスター 1は、図表 10の平均値を参照すると第2主成分に最も大きな影響を与える救急搬送率が著しく低く、特徴は明らかである。

4. 各クラスターの戦略分析

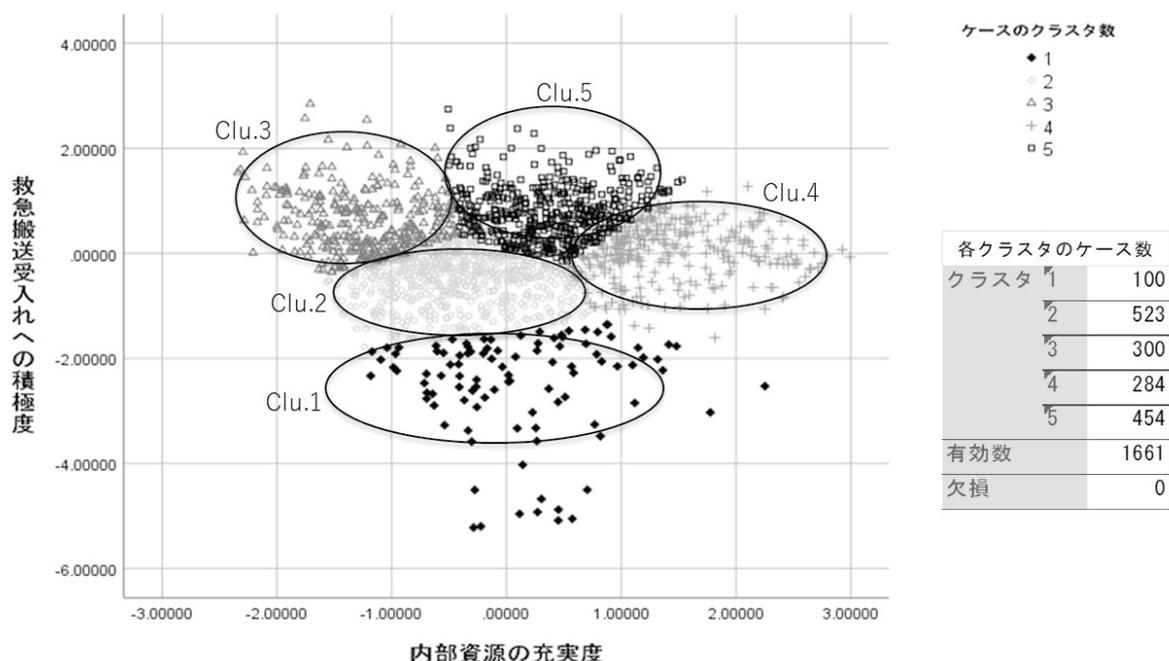
次に、各クラスターの特徴的な指標について別途分析を加えることにより、戦略を特定していく。

(1) クラスター 1 外来患者囲い込み戦略

平均病床数が200床弱とDPC対象病院の中では小規模であり、設立母体の7割以上が医療法人、個人病院であった。図表 11は、クラスターの平均値を全体の値で除することにより、指数化してレーダーチャートにしたものである。内部資源が比較的少ないため、「選択と集中」をしており、全身麻酔手術の実施率の高さから、外科系診療に特化する傾向が考えられる。

救急搬送率は全クラスターの中で最も低く、予定入院率と

図表 9 クラスター分析結果



図表 10 各クラスターの平均値

Clu.	件数	病床数	救急搬送率	予定入院率	他施設への転出率	他院から紹介率	全身麻酔実施率	放射線療法有率	化学療法有率
1	100	196.16	5.86%	76.78%	7.19%	28.93%	39.10%	0.83%	3.88%
2	523	266.50	15.27%	49.91%	9.98%	31.67%	17.25%	0.57%	5.26%
3	300	164.48	25.92%	26.10%	18.22%	25.91%	10.51%	0.13%	2.08%
4	284	550.76	10.32%	67.61%	6.59%	74.68%	23.99%	1.78%	11.63%
5	454	349.90	17.88%	45.21%	11.27%	61.27%	16.18%	0.71%	5.92%
Total	1661	315.24	16.49%	48.97%	11.08%	45.91%	18.21%	0.75%	5.87%

の相関係数が $R = -0.726$ (1%水準で有意)と強い負の相関を示している。予定入院が元々多いか、それを優先的に受入れているため、救急搬送に対して消極的な戦略をとっていると解釈できる。この戦略では予定入院数をいかに高く維持し続けるか、自院の得意分野に該当する外科系患者をどれだけ集客するかが課題である。特に、クラスター1は小規模で医療法人、個人病院が多いことから、一般人からの認知度は最も低いクラスターだと推測されるため、顧客から直接選ばれることは少ない。課題解決のためには、地域の病院・診療所等との連携を強化し、いかに得意分野の患者を送客してもらえるかに注力しなければならない。しかしながら他院からの紹介率も低く、矛盾が生じている。

それでは、全身麻酔手術実施率の高さをどのように確保しているか、重回帰分析を行ったところ ($R^2 = 0.503$, 1%水準で有意)、予定入院率の標準化係数が0.544、救急搬送率が0.388であり、全身麻酔手術症例の多くを他院からの紹介ではない予定入院患者、つまり自院の外來から得

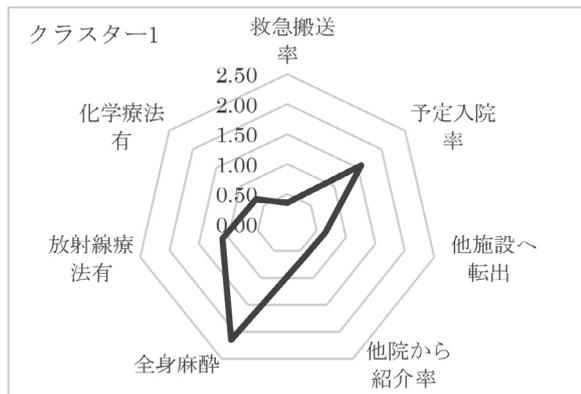
ていることがわかる。また、救急搬送についても、自院の得意分野である外科系疾患の患者を積極的に受入れている可能性があることがわかる。

(2) クラスター2 地道な地域連携戦略

クラスター2は平均病床数が300床弱の中規模病院であり、設立母体は地域医療機能推進機構、労働者福祉機構、健保組合病院が多い。いわゆる総合病院がここに当てはまり、各変数が低い値でバランスしており、特徴がないのが特徴と言える。

救急搬送率を従属変数にし重回帰分析を行ったものの、有意な結果が得られなかったため、レーダーチャートの形が類似しているクラスター5と比較して若干上回る予定入院率を従属変数にして、再度重回帰分析を行った ($R^2 = 0.630$, 1%水準で有意)。これによると他院からの紹介率の標準化係数が0.401と、予定入院率に大きく影響を与えていることがわかる。予定入院患者を他院からの紹介により着実に確保しており、地域連携を地道に行ってい

図表 11 クラスター1の平均値 (指数化データ)



図表 12 クラスター1の全身麻酔実施率と他変数との重回帰分析結果

モデル	非標準化係数		標準化係数	t 値	有意確率	共線性の統計量	
	B	標準誤差	ベータ			許容度	VIF
3 (定数)	-53.544	23.309		-2.297	0.024		
化学療法実施率	-1.106	0.311	-0.315	-3.552	0.001	0.991	1.009
予定入院率	1.116	0.263	0.544	4.235	0.000	0.472	2.119
救急搬送率	1.926	0.639	0.388	3.015	0.003	0.469	2.130

a. 従属変数 全身麻酔

るか、確実に送客してくれる地域の病院・診療所等との関係性を確保していることがわかる。

(3) クラスタ 3 救急最優先戦略

平均病床数が200床弱の小規模病院であり、設立母体はクラスタ 1と同様に医療法人、個人病院が中心である。救急搬送率、他施設への転出率が最も高いことが特

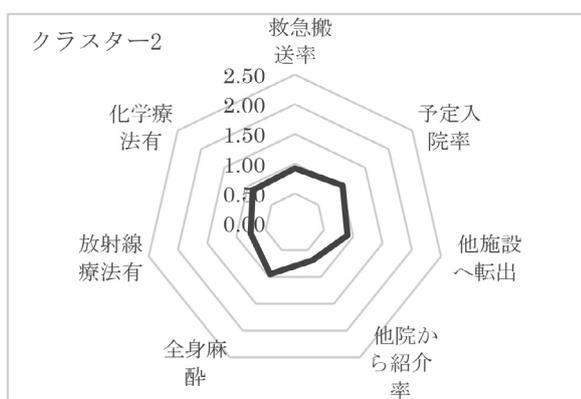
徴である。

この突出して高い救急搬送率に何が影響を与えているか、救急搬送率を従属変数にして重回帰分析を行った

($R^2=.596$, 1%水準で有意)ところ、全身麻酔実施率の標準化係数が.491と強く影響を与えていることがわかった。

クラスタ内の平均値で見ると全身麻酔実施率は他の

図表 13 クラスタ 2の平均値 (指数化データ)

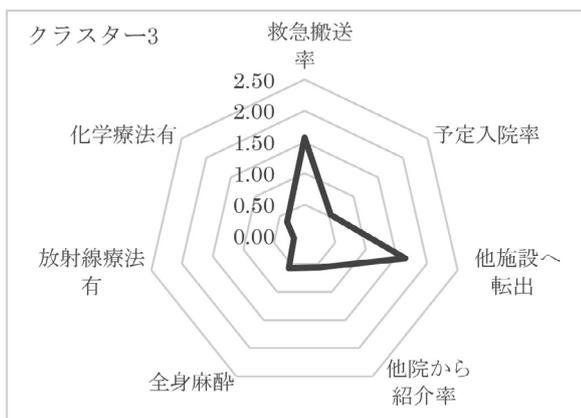


図表 14 クラスタ 2の予定入院率と他変数との重回帰分析

モデル	非標準化係数		係数 ^a		有意確率	共線性の統計量	
	B	標準誤差	標準化係数 ベータ	t 値		許容度	VIF
5 (定数)	47.241	1.510		31.287	0.000		
他院からの紹介率	0.301	0.027	0.401	11.152	0.000	0.900	1.111
救急搬送率	-0.383	0.055	-0.269	-7.017	0.000	0.791	1.264
化学療法有率	0.256	0.072	0.126	3.565	0.000	0.931	1.074
他施設への転出率	-0.255	0.069	-0.136	-3.677	0.000	0.850	1.177
放射線療法有率	0.351	0.175	0.070	2.000	0.046	0.956	1.046

a. 従属変数 予定入院率

図表 15 クラスタ 3の平均値 (指数化データ)



クラスターに比べると低いが、救急搬送経由での手術実施は多いということがこの結果からわかる。症例を選別せず、救急搬送をとにかく受入れる戦略であるため、手術が必要な中・重症の救急搬送患者も受けることになる。

また、救急搬送率と同様に、他施設への転出率も突出して高いのがこのクラスター 3 の特徴である。IV. 1. 図表 6 で示した全体の値を見ても、この二つの変数は相関関係にある (499)。救急搬送という不確実なものを積極的に受入れるということは、自院が診療できる範囲以外の患者を受入れる可能性が高まることにもなる。一旦救急隊からの要請があれば、どのような症例でも受入れて初期診療を行う。その後、自院の診療範囲以外だと判明した場合には、地域の病院・診療所、介護・社会福祉施設に転出させるという戦略をとっていることが考えられる。

(4) クラスター 4 高度医療全方位戦略

平均病床数が550床の大規模病院であり、設立母体は

大学病院や国立病院が4割ほどを占める。いわゆる名の知れた病院や大学病院ということで一般人からの認知度が最も高いクラスターと考えられる。

大学病院や国立病院のほとんどは救急搬送による重篤な患者への対応を行っているが、救急搬送率が10%程度と中程度であるのは、予定入院率、他院からの紹介率が高いため、相対的に低くなっていることが考えられる。また、診療内容に係る化学療法、放射線療法、全身麻酔手術実施率も非常に高く、がん診療や手術など、高度医療を幅広く実施している。

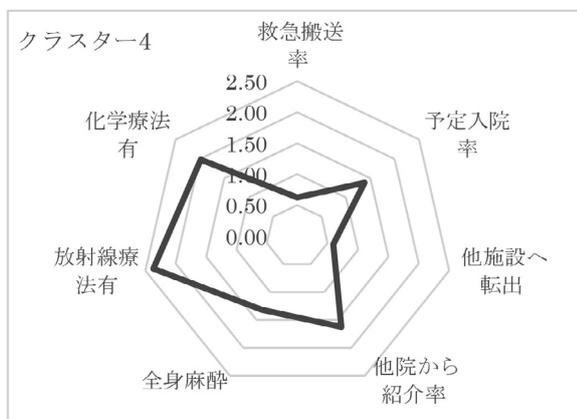
クラスター 1と同様に、救急搬送率と予定入院率の相関係数が-.739 (1%水準で有意)と強い負の相関を示している。予定入院の受け入れが病床利用の主たる用途であり、救急搬送の受け入れはその余剰の範囲で行われていると考えられる。また、他施設への転出率が非常に低いことは、疾患が高度医療の対象であるため、自院での入院治療終

図表 16 クラスター 3 の救急搬送率と他変数との重回帰分析

モデル	非標準化係数		係数 ^a		有意確率	共線性の統計量	
	B	標準誤差	標準化係数	t 値		許容度	VIF
3 (定数)	26.720	2.230		11.983	0.000		
全身麻酔率	0.828	0.080	0.491	10.291	0.000	0.958	1.044
予定入院率	-0.494	0.062	-0.389	-7.996	0.000	0.919	1.088
他施設への転出率	0.186	0.061	0.146	3.062	0.002	0.959	1.043

a. 従属変数 救急搬送率

図表 17 クラスター 4 の平均値 (指数化データ)



了後も、すぐには地域の病院・診療所・施設に戻すことはできず、自院の外来で経過を観察していることが考えられる。ここでは各変数を従属変数に重回帰分析を行ったが、いずれも有意な結果は得られなかった。

(5) クラスタ 5 バランス型戦略

クラスタ 5 は 350 床の中規模病院で、特徴はクラスタ 2 と同様のバランス型だが、ほとんどの変数が少しずつクラスタ 2 を上回っている。また、特に他院からの紹介率が 60% 超と高いことが特徴的である。

このクラスタの主要な設立母体は市町村立、日赤、済生会である。これらの設立背景や経営母体の使命を考えると、何かに特化というよりは、総合的な医療の提供が求められており、バランス型は妥当な結果である。

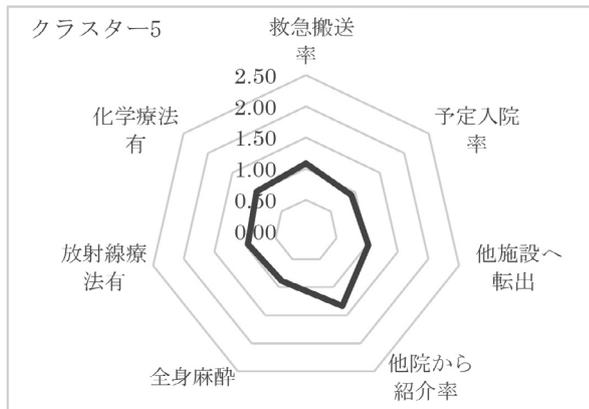
救急搬送率を従属変数に重回帰分析をすると

($R^2=0.514$, 1%水準で有意)、全身麻酔 (.334) と他施設への転出率 (.241) が影響を与えている。平均救急搬送率は 17.9% とクラスタ 3 の次に高く、また、救急搬送経由での全身麻酔手術も多く行っていることから、特に症例を選別せずに広く救急搬送受入れを行っていることがわかる。

5. クラスタの顧客獲得実績の分析

次に、各クラスタの顧客獲得状況について分析する。顧客獲得実績を図る指標として、本論文では一日当たり平均患者数を病床数で除した病床利用率を使用する。病床利用率を用いて、顧客獲得に成功している病院とそうでない病院を分類するために、本論文では、今回の検証対象である全 1661 病院の平均値を基準とする。

図表 18 クラスタ 5 の平均値 (指数化データ)



図表 19 クラスタ 5 の救急搬送率と他変数との重回帰分析

モデル	非標準化係数		標準化係数		t 値	有意確率	共線性の統計量	
	B	標準誤差	ベータ	係数 ^a			許容度	VIF
4 (Constant)	22.395	2.014			11.121	0.000		
予定入院率	-0.215	0.033	-0.298		-6.556	0.000	0.796	1.256
全身麻酔率	0.327	0.041	0.334		8.024	0.000	0.948	1.055
他施設への転出率	0.264	0.047	0.241		5.596	0.000	0.882	1.134
他院からの紹介率	-0.050	0.023	-0.090		-2.148	0.032	0.926	1.080

a. 従属変数: 救急搬送率

(1) 病床利用率に係るクラスター間の差異の検証

始めに、クラスターごとに病床利用率を集計したものが図表 20 である。各クラスターの平均値ではあまり大きな差が出ていないが、全データの平均以上がクラスター 3, 4, 5、平均以下がクラスター 1, 2 となっている。グループ間の差異について分散分析で確認したところ、 $p=0.001$ で有意で

あった。

次に多重比較でみると、クラスター 1 と 4、クラスター 2 と 4、クラスター 2 と 5 の間で統計的に有意な差が見られた。クラスター 3 はいずれのグループ間でも有意な差が見られなかったため、クラスター 1, 2 のグループ、クラスター 4, 5 のグループ、クラスター 3 の三つに分けて考える。

図表 20 病床利用率 記述統計

	度数	平均値	標準偏差	標準誤差	標本分散	変動係数	平均値の 95% 信頼区間		
							下限	上限	
病床利用率	1	100	75.4103%	13.35615%	1.33562%	1.7660%	17.6225%	72.7601%	78.0604%
	2	523	76.3990%	12.79905%	0.55966%	1.6350%	16.7369%	75.2995%	77.4985%
	3	300	78.6467%	13.52549%	0.78089%	1.7670%	16.9019%	77.1100%	80.1835%
	4	284	79.3421%	10.08230%	0.59827%	1.0129%	12.6850%	78.1645%	80.5197%
	5	454	78.6641%	10.74261%	0.50418%	1.1515%	13.6413%	77.6733%	79.6549%
	合計	1661	77.8678%	12.06748%	0.29610%	1.4452%	15.4385%	77.2870%	78.4485%

図表 21 クラスター別病床利用率 多重比較

従属変数	平均値の差 (I-J)	標準誤差	有意確率	95% 信頼区間			
				下限	上限		
病床利用率	1	2	-0.98875%	1.31095%	0.943	-4.5687%	2.5912%
		3	-3.23647%	1.38695%	0.135	-7.0239%	0.5510%
		4	-3.93185%*	1.39669%	0.040	-7.7459%	-0.1178%
		5	-3.25384%	1.32684%	0.102	-6.8772%	0.3695%
	2	1	0.98875%	1.31095%	0.943	-2.5912%	4.5687%
		3	-2.24772%	0.86992%	0.074	-4.6233%	0.1279%
		4	-2.94310%*	0.88536%	0.008	-5.3608%	-0.5254%
		5	-2.26509%*	0.77048%	0.028	-4.3691%	-0.1611%
	3	1	3.23647%	1.38695%	0.135	-0.5510%	7.0239%
		2	2.24772%	0.86992%	0.074	-0.1279%	4.6233%
		4	-0.69538%	0.99444%	0.957	-3.4110%	2.0202%
		5	-0.01737%	0.89370%	1.000	-2.4579%	2.4231%
	4	1	3.93185%*	1.39669%	0.040	0.1178%	7.7459%
		2	2.94310%*	0.88536%	0.008	0.5254%	5.3608%
		3	0.69538%	0.99444%	0.957	-2.0202%	3.4110%
		5	0.67801%	0.90873%	0.946	-1.8035%	3.1595%
	5	1	3.25384%	1.32684%	0.102	-0.3695%	6.8772%
		2	2.26509%*	0.77048%	0.028	0.1611%	4.3691%
		3	0.01737%	0.89370%	1.000	-2.4231%	2.4579%
		4	-0.67801%	0.90873%	0.946	-3.1595%	1.8035%

*. 平均値の差は 0.05 水準で有意。

(2) 救急搬送率と病床利用率の関係性の検証

救急搬送率と病床利用率との関係について、回帰分析では有意な結果が得られなかったことから、仮説「救急搬送に重点を置いている病院は、顧客獲得における競争優位性がある。」を検証するために、救急搬送率を7分類し、それぞれの病床利用率をみる。各分類の件数が100件以上になるよう以下のように5%ごとに分類した。しかし、クラスターごとにみると件数が非常に少ない分類が生じており、その平均値を比較に用いるのは適さないため、10件未満の分類は除外して比較する。

全体の平均値を上回る値に注目すると、救急搬送率が15%以上に該当するクラスターは、クラスター3の25%～30%未満の分類を除いて全てのクラスターにおいて平均を上回っている。10%未満で平均以上を保っているのはクラスター4のみであり、5%未満は全て平均を下回っている。第2主成分の救急搬送受入れへの積極度の高いクラスター3, 4, 5のみならず、クラスター2も、救急搬送率が一定以上の場合に病床利用率を平均値以上に保っている。クラスター1は8割が10%未満に分類されてしまっており、救急搬送率と病床利用率との傾向を見るには不十分であるが、10%以上の分類だけ全体の平均値を上回っている。

この結果から、病床利用率と救急搬送率との関係性について、救急搬送率が15%以上の病院は、病床利用率も高い傾向にあることがわかる。また、15%未満でも平均以

上の病床利用率を確保できている病院もあり、クラスターによって、病床利用率を高く保ちやすい適正な救急搬送率があるとも考えられるが、それについてはここでは特定できなかった。また、救急搬送を最重要視しているクラスター3は、一番件数の多い搬送率30%以上の分類で平均を上回る結果となっており、戦略に経営実績が伴っていることがわかる。

救急搬送率と病床利用率と関係性は明らかになったが、この関係性が他の変数と比較して強いのかを確認するため、もう一つのマーケティング施策である地域連携を示す「他院からの紹介率」を同様に7分類にして病床利用率平均を出した。その結果、クラスター3, 4, 5については紹介率が一定以上であれば病床利用率も高くなる傾向が見られるが、クラスター1, 2については関連性は見られなかった。クラスター1, 2は地域連携に注力する戦略をとっているにも関わらず、その戦略の実施度と病床利用率が伴っていないことが読み取れる。

これらを総合すると、地域連携に注力する戦略をとっている病院は平均以上の顧客獲得ができていないが、救急に注力する病院は平均以上の顧客獲得ができています。

このことから、仮説「救急搬送に重点を置いている病院は、顧客獲得における競争優位がある。」は支持された。

図表 22 救急搬送率別病床利用率

救急搬送率	クラスター 1		クラスター 2		クラスター 3		クラスター 4		クラスター 5		全体	
	件数	利用率	件数	利用率								
5% 未満	54	74.72%	22	75.91%	3	85.64%	40	77.51%	3	62.23%	122	75.81%
5% 以上 10% 未満	27	74.40%	75	72.32%	12	76.56%	95	78.25%	35	77.45%	244	75.81%
10% 以上 15% 未満	12	81.84%	182	75.33%	42	80.36%	99	79.63%	103	77.47%	438	77.42%
15% 以上 20% 未満	5	69.67%	136	78.87%	53	79.54%	46	82.07%	163	78.45%	403	79.01%
20% 以上 25% 未満	2	83.42%	65	77.95%	49	78.82%	4	85.12%	100	79.19%	220	78.89%
25% 以上 30% 未満			30	77.89%	41	74.06%			37	83.45%	108	78.34%
30% 以上			13	79.63%	100	79.29%			13	80.22%	126	79.66%
総計	100	75.41%	523	76.42%	300	78.65%	284	79.34%	454	78.66%	1661	77.87%

※ 10件未満の分類で比較からは除外したもの 全体の平均値以上の病床利用率

図表 23 他院からの紹介率別病床利用率

他院からの紹介率	クラスター 1		クラスター 2		クラスター 3		クラスター 4		クラスター 5		全体	
	件数	利用率	件数	利用率	件数	利用率	件数	利用率	件数	利用率	件数	利用率
20%未満	36	74.61%	96	76.37%	102	77.46%					234	76.57%
20%以上30%未満	28	75.57%	136	76.68%	99	79.18%					263	77.50%
30%以上40%未満	10	78.47%	147	76.57%	60	78.07%	3	84.04%	1	74.00%	221	77.15%
40%以上50%未満	10	81.19%	113	76.68%	36	81.23%	7	80.57%	68	77.59%	234	77.95%
50%以上60%未満	10	72.71%	30	73.78%	3	82.07%	26	79.04%	156	78.11%	225	77.45%
60%以上70%未満	4	72.66%	1	75.00%			61	79.89%	130	77.91%	196	78.41%
70%以上	2	62.50%					187	79.08%	99	81.32%	288	79.74%
Grand Total	100	75.41%	523	76.42%	300	78.65%	284	79.34%	454	78.66%	1661	77.87%

※ 10件未満の分類 全体の平均値以上の病床利用率

V. 検証結果の考察

I. 内部資源がもたらす戦略の非対称化

検証により、各クラスターの異なる戦略について明らかになったが、これらの戦略がどのような背景によりもたらされているかをより深く考察することにより、現在のみならず、今後急性期病院の戦略がどのように変化していくかを検討する。これまでの考察で、内部資源の主要な変数である病床数の大小により戦略が異なることについては述べてきた。これに加えて、定性的ではあるが、多くの急性期病院が有する代表的な高額医療機器であるMRIの所有を例に、戦略の非対称性について解釈していく。

MRIとは画像診断のための高額医療機器の一つであり、最も安価なもので5,000万円、中機能機種では1.5億円（南部2005）、高機能機種は数億円と言われている。この機器が日本で初めて医療現場に導入されたのは1980年代で、画像診断の精度につながる磁束密度の単位テスラは、0.15テスラであった。1990年代には1.5テスラ以下の上位機種と、0.3テスラ以下の比較的安価な機種が主流となり、2000年代には1.5テスラ以上の機種を導入する病院が増加、2010年代には最大3.0テスラの機種まで診療現場での使用が可能になっている。MRIの高機能化は目覚ましく、急性期病院としてはより精度の高い診断を行うためにも、最先端で高度な機器の購入を検討することになる。

しかしながら、最新機種の価格は急激に上がっており、それを購入する病院の負担は大きくなる一方である。財務的資源が少ない病院は低性能機種の価格が下がるのを待って購入するか、導入自体を諦めるか、という選択をすることになる。

1990年代から2000年代にかけて、0.3テスラの比較的安価な機種が中小規模病院を中心に導入されていた。（本間2009）この時には小規模病院も、内部資源の充実という戦略をとっていたが、その後、次々開発される高機能MRIに買い替える資金的余裕がないために、戦略を変更せざるを得なくなったことが考えられる。小規模病院はここで戦略変更を行い、救急最優先戦略のクラスター3と、外科系手術に特化したクラスター1に分かれていく。この段階では、中規模病院はまだ資金の余裕があるため、大規模病院と同じ内部資源の充実という戦略を続けることになる。次の3.0テスラのステージは今まさに過渡期であるが、中規模病院の資金的限界を超えて、内部資源の充実化戦略は取ることが困難になってきている。現段階では中規模病院であるクラスター2とクラスター5は同じような戦略をとっているように見えるが、徐々に戦略の非対称化が始まっていると考えられる。つまり、小規模病院の戦略の非対称化が先に起き、次にそれが中規模病院に起きようとしている、ということである。

もちろんMRI導入の事例だけで全ての説明はつかない

が、技術的イノベーションが次々起こる医療業界では、医療機器・設備の高機能化、高価格化の傾向は共通して言えることである。内部資源を蓄積する戦略はクラスター4のような大病院以外にとっては限界にきており、戦略の転換を迫られているのである。

2. 今後予想される戦略の非対称化

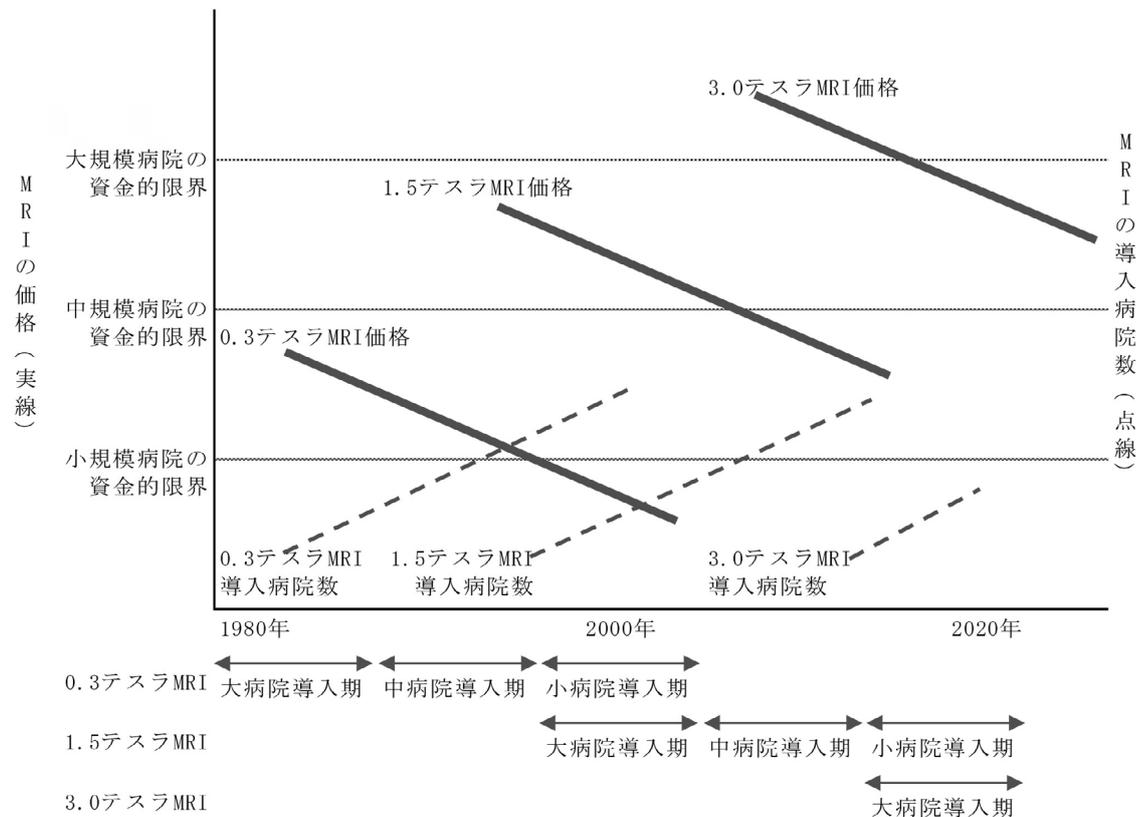
本論文の検証において、救急搬送受入れに積極的な病院は病床利用率が高く、競争優位を築けていることがわかった。1. で述べた通り、病床規模が200床未満で内部資源が少ないクラスター1と3では戦略の違いが明らかであり、その戦略の結果である病床利用率も、救急搬送受入れに積極的なクラスター3が上回っている。クラスター3は救急最優先の戦略という最も不確実性の高い選択をしており、このことが戦略の非対称性をもたらし、競争優位を生

み出している。また、基本的に救急搬送の患者を選別せずに受入れる姿勢をとっているため、DCFの基礎である①感知 ②捕捉 ③脅威のマネジメントと再配置が他のクラスターに比べて容易であり、DCFを高めることにつながっている。

これらのことから、内部資源に限りがある病院が取るべき戦略としては、組織内外の特殊な能力の生成、発掘だけでなく、急速な環境の変化と不確実な外部環境への適応を企て、実行する機能を自院に設けて、救急搬送受入れに注力することである。

この小規模病院の戦略は、今まさに戦略の非対称化が起きているクラスター2とクラスター5において重要な示唆となる。中規模病院の中でも比較的大規模病院寄りのクラスター5は、クラスター4の戦略と同質化しようと思えば資金的には可能だが、この戦略は財務的資源を圧迫する

図表 24 高機能医療機器MRIの導入イメージ



上、圧倒的に豊富な内部資源を有するクラスター4に対して資源的に競争優位を築けず、特徴のない病院を作ってしまうことにつながる。クラスター2も地道な地域連携を続けながら、高額な医療機器に資源投入をして、その医療機器を生かした特定の分野に内部資源を集中配分することは資金的に可能かもしれないが、この戦略はクラスター1と同質化することになってしまい、競争優位を失うことになる。

設立母体の特性上、総合的な医療の提供を求められている病院が多いクラスター2とクラスター5は、クラスター3のように極端に救急搬送受入れに特化した戦略は非現実的かもしれない。しかしながら、救急搬送受入れの積極度を高める方向で戦略を策定することが、将来的な競争優位につながるのである。

内部資源の蓄積による時代は終わりつつあり、環境の変化に対応して資源を再配置する能力、つまりダイナミック・ケイパビリティを高める戦略こそが、今や必要だということである。

それでは、大規模病院であるクラスター4はどのような戦略になるだろうか。このクラスターだけは、他とは異なる戦略が必要となる。特別な機能を持っている病院は圧倒的に豊富な内部資源で、かつ、医療技術研究の最先端にあ

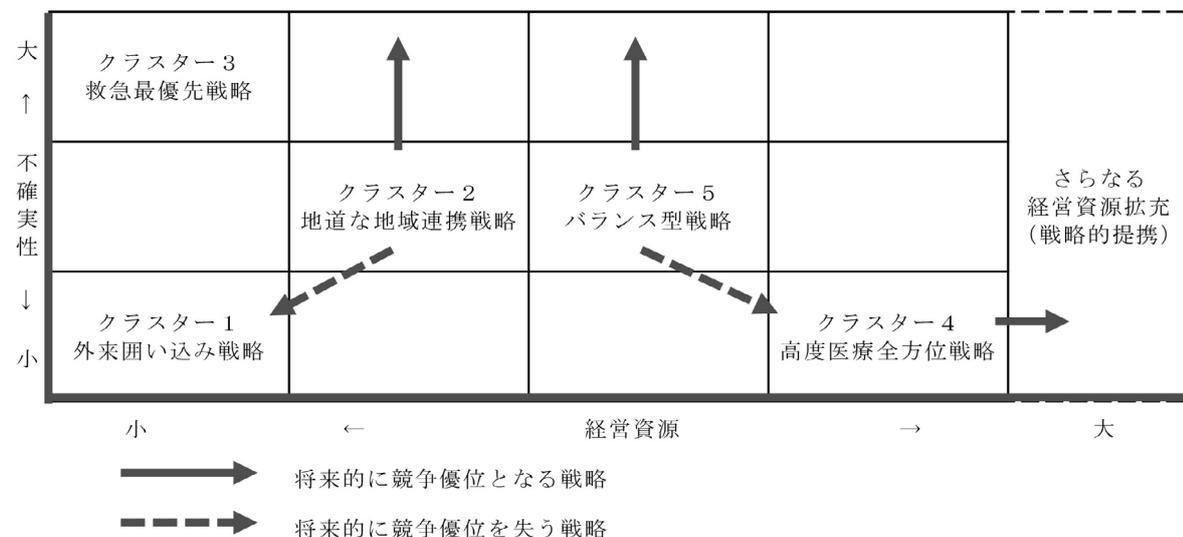
り、他組織からの情報、協力が得られやすいため、救急隊や地域の病院へのマーケティング活動および環境の変化を感知する活動は、他のクラスターより容易である。そのため、クラスター4は救急搬送受入れおよび地域連携とは異なる、第三の戦略的連携を考えるべきである。

Barneyは経営資源を有する組織が、強みと弱みをどのように克服するか、具体的行動について複数の戦略を挙げている。そのうちの一つである、戦略的提携戦略がクラスター4の今後の戦略策定において示唆深い。

Barneyは戦略的提携を通じて実現できることとして、1. 規模の経済の追求、2. 競合からの学習、3. リスク管理とコスト分担、4. 暗黙的談合の促進、5. 低コストでの新規市場参入、6. 新たな業界もしくは業界内新セグメントへの低コスト参入、7. 業界もしくは業界内セグメントからの低コストでの撤退、8. 不確実性の対処を挙げている。

これらを参考に、具体的に考えられる戦略としては、他病院の買収、大学病院でない病院は大学と提携して学校法人化、新規市場参入に関しては予防医学の分野で別組織（人間ドックセンターや自費診療専門機関など）の設立、産科など特殊な機能の診療科を切り離して他組織化することなどが考えられる。

図表 25 急性期病院の戦略と今後予想される戦略の非対称化



VI. 急性期病院の顧客獲得に係る実務への示唆

本論文では、「救急搬送に重点を置いている病院は、顧客獲得における競争優位性がある」というリサーチ・クエスションを設定し、検証の結果、支持された。そして考察では、救急搬送の受入れはDCFを高めることになるため、特に大病院を除く四つのクラスターにとっては、救急搬送受入れへの積極度を高めることが今後の競争優位を築く源泉となると述べた。

それでは、現時点で救急搬送を積極的に受入れられていない病院は、どのようにしたらそれを可能にできるのか、実務的な解決策を二つ提示したい。

この解決策を導くため、IV. 1. 図表 6の相関分析で、正の相関関係（.499）にあった救急搬送率と他施設への転出率に注目する。クラスター 3の戦略でも述べたが、救急搬送率の高い病院は、一旦は救急搬送を受入れながらも、自院が処理しきれない症例だった場合には他施設に転出させるという形で、必要に応じて第三者の経営資源も自院の一部としてオーケストレーションして対応している。この相関関係がないと、現場の医療スタッフが救急搬送を受入れる際に、本当に自院の診療範囲に該当する患者だろうか、と躊躇する気持ちが生じてしまい、受入れに消極的になってしまう。救急搬送要請に対して、実際はそれに充分対応できる内部資源があるにもかかわらず、受入れを断る事態にもなりかねない。したがって、現場の医療スタッフが安心して救急搬送を積極的に受入れるためには、転出先の選択肢を十分に確保しておき、適宜積極的に転出を行っていくことが必要となる。つまり、救急搬送率を高めるためには、同時、または先に、他施設への転出率を高めることが必要となるのだ。

では、他施設への転出率は、誰が何をしたら高められるだろうか。Teece (2013) は、資産の選択・オーケストレーションにおいて、経営者が重要な役割を果たすと述べている。経営者は感知・捕捉・再配置の三段階それぞれで重要な意思決定を行わなければならないのは確かだが、日々のオペレーションの中でこれらを滞りなく行っていくためには、経営者一人ではなく、感知・捕捉・再配置の機能を

社内に有することが必要であると考えらる。

急性期病院において、これに該当するのが、ベッドコントロール機能と、メディカルソーシャルワーカーの存在である。

第一に、ベッドコントロールとは、病床を効率的に運用するための管理・調整のことであり、入院患者の受入れを円滑に行うこと、退院情報を把握しながら次の新入院患者受入れの予定を立てるという、需要波動をコントロールすることも指す。また、一旦自院で患者を受入れたものの、疾患が自院の診療範囲外であった（自院の診療可能範囲が過少、または過剰である）場合に別の病院や施設への転出ができないかを調整する役割も果たす。規模の大きい病院では、この役割を果たすための専門部署、専任スタッフを設けることも多い。ベッドコントロールは、需要の変化を感知し、必要に応じて他院の経営資源を借りて捕捉する機能を果たすのである。

第二の存在であるメディカルソーシャルワーカーとは、病院、診療所において、社会福祉の立場から患者やその家族の方々の抱える経済的・心理的・社会的問題の解決、調整を援助し、社会復帰の促進を図る業務⁸⁾を行う者を指す。退院後に家庭復帰が難しそうなのは、入院してきた段階でわかるものであり、退院が決まる前からメディカルソーシャルワーカーが介入して、状況を確認し、退院後に転出できそうな近隣の病院や施設を事前に探しておく。こうすることで、急性期医療が終了した時点でその患者を退院させることができ、次の重症な新しい患者を受入れることができるようになるのである。メディカルソーシャルワーカーは顧客の特性の変化を感知し、必要に応じて近隣の介護・社会福祉施設と連携して社会的なサポートを捕捉し、また、それ以外にも多様な患者受入れ先との連携関係を開拓することで変化に対応していく機能を果たす。

これら二つの機能は、救急搬送率および他施設への転出率を高める上で重要な役割を果たすのであり、これらの機能に内部資源を割くことにより、DCFは高まり、持続的な競争優位を保つことが可能となるであろう。

VII.おわりに

本論文では、急性期病院の顧客獲得という経営課題には、救急搬送の受入れを積極的に行うことが重要であることを述べてきた。RBVとDCFから示唆を得ることにより、これまでのCTやMRIといった高度医療機器を持てば患者が集まるという時代は過ぎ、環境や技術の変化に対応する能力こそが今後の急性期病院経営には必要であることを明らかにできた。

一方で、検証には一年分のDPCデータと病床利用率を使用した。時系列の分析には至っていないことは本論文の限界である。また、経営指標として病床利用率だけでなく、病院全体の売上高や利益率など、財務状況をより明確に表す指標を加えることができれば、より精緻な検証になるだろう。今後さらに情報の公開が進んで、複数年のデータおよび財務データに容易にアクセスできる環境が整うことが待ち望まれる。

最後に、本論文で行った類型化、類型化別戦略の特定、戦略の効果の検証は、急性期病院の戦略策定に当たる経営層、経営企画担当者が、自院に当てはめて活用できることを目標に行ってきた。検証過程で行った分析と同様の手法を、病院単位もしくは診療科単位で行い、本論文の検証結果と照らし合わせることによって、戦略策定の実務に活用されることを願ってやまない。

注

- 1) 一般病院および一般病床とは、精神病院、結核病院等、特別な医療の提供が必要な施設を除く、一般的な治療が可能な患者を対象とする病院および病床を指す。
- 2) 急性期医療とは、緊急または重症な患者に対して集中的な治療を一定期間行う医療を指す。
- 3) 平成29年3月8日 厚生労働省保険局医療課 平成28年度DPC参加病院説明会資料
- 4) 厚生労働省 DPC様式1入力要領より
- 5) 平成29年3月8日 厚生労働省保険局医療課 平成28年度DPC参加病院説明会資料
- 6) 厚生労働省：平成28年度第4回診療報酬調査専門組織・

DPC評価分科会参考資料（H29/2/9）

- 7) 総務省：平成27年度病院事業決算状況・病院経営分析比較表
- 8) 厚生労働省『医療ソーシャルワーカー業務指針』

参考文献

- Jay B. Barney (1997), *Gaining and Sustaining Competitive Advantage, The Logic of Strategic Analysis* (岡田正大訳、『企業戦略論：競争優位の構築と持続』,ダイヤモンド社,2003)。
- David J. Teece (2008), *Dynamic Capabilities & Strategic Management* (谷口和弘(訳),『ダイナミック・ケイパビリティ戦略』,ダイヤモンド社,2013)。
- David J. Teece, Gary Pisano, Amy Shuen (1997), "Dynamic capabilities and strategic management," *Strategic Management Journal*, Vol.18:7, 509-333
- David J. Collis&Cynthia A. Montgomery (1998), *Corporate Strategy: A Resource-Based Approach* (根来龍之, 蛭田啓, 久保亮一訳,『資源ベースの経営戦略論』, 東洋経済新報社, 2004)。
- Edith Penrose (1959), *The Theory of the Growth of the Firm* (日高千景(訳)『企業成長の理論第3版』,ダイヤモンド社,2010)。
- Michel E. Porter (1982), *Competitive Strategy* (土岐坤, 中辻萬治, 服部照夫訳,『新訂・競争の戦略』,ダイヤモンド社,2003)。
- Henry Mintzberg, Bruce Ahlstrand, Joseph Lampel (2013) 『戦略サファリ第2版』齋藤嘉則監訳, 東洋経済新報社。
- Philip Kotler (1968), *Marketing Management: Analysis, Planning, and Control* (小坂恕・疋田聰・三村由美子(訳),『マーケティング・マネジメント第4版—競争的戦略時代の発想と展開—』,プレジデント社,1983)。
- 戸田裕美子(2013)『医療マーケティング研究の学説史研究』, 商学集志第83巻第3号。
- 小川孔輔(2009)『マーケティング入門』,日本経済新聞出版社。
- 伊丹敬之(2003)『経営戦略の論理 第3版』,日本経済新聞社。
- 石井淳蔵・石原武政編(1999)『マーケティング・ダイアログ：意味の場としての市場』,白桃書房。

石井淳三・栗木契・嶋口充輝・余田拓郎（2013）『ゼミナールマーケティング入門第2版』, 日本経済新聞社。

沼上幹（2009）『経営戦略の思考法：時間展開・相互作用・ダイナミクス』, 日本経済新聞社。

田村正紀（2006）『リサーチ・デザイン 経営知識創造の基本技術』, 白桃書房。

本間一弘（2009）『MRI基礎（1）：概論 撮像技術基本～近年の動向』, Medical Imaging Technology Vol.27 No.2。

磁気共鳴医学会教育委員会（2004）：基礎から学ぶMRI. インナービジョン, 第2版。

杉浦聡・岡本和也（2014）『商品化から30年, MRIの進化と今後の展望』, 東芝レビュー Vol.69 No.2。

南部鶴彦（2005）『医療機器の内外価格差に関する調査研究』平成16年度厚生労働科学研究費補助金政策科学推進研究事業。

法坂千代・別所俊一郎（2010）『MRIへの投資行動分析』, 季刊社会保障研究 47(2), 175-190。