

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

岩 崎 輝 夫

キーワード：急性期病院、DPC データ分析、競争戦略、協調戦略、地域統合戦略

1. はじめに

日本の現状において、医療及び介護に関与する社会的及び経済的特徴としては、1) 少子高齢化による、社会保障費の増加、高齢者単身世帯の増加、複数の慢性疾患・認知症等疾病構造の変化、医療・看護・介護職を含む生産年齢人口の減少、及び人口減少社会への突入、2) 終身雇用の廃止や非正規社員化による男性の所得減少がもたらした、女性就労の活発化による家族内介護者の不在化、3) 近い将来、多死社会を迎え病院での看取りが限界の見込み、4) 人口の地域偏在化の進行による様々な資源や行政サービスの地域格差、および5) 経済成長の鈍化による税収不足、などが挙げられる。

これらを背景として、医療及び介護の提供体制には次のような問題点が挙げられる。1) 医療と介護について従来は別の法律(地域介護施設整備促進法、医療法、介護保健法等)が制定され、縦割りの整備されてきたため連携が円滑でない。2) 都道府県が地域に見合った医療提供体制を構築する上で、民間を主とする医療機関に対する権限が不十分である。さらに、政府の診療報酬による政策的誘導が、急性期の一部を想定していた「7対1入院基本料」算定病床の過剰を惹起した。このため医療費の高コスト化、看護師不足および高齢者を主とする回復期患者の受け皿病院の不足などの弊害をもたらしている。3) 高齢者に対しては、急性期医療中心の医療提供体制を地域状況に応じて回復期・慢性期病床や在宅へ移行させていく必要がある。そして、各地域内で住民に対し医療及び介護を連続的にかつ効率的に提供できる体制、即ち統合ケア

(integrated care)を、地域住民を主体とした地域圏域別の医療・介護資源に基づき身の丈にあったシステム、即ち地域を基盤にしたケア (community-based care) として提供する必要があることから、地域包括ケアシステム (community-based integrated system) が制定されたが、その構築は、充分には推進されていない。

これらの問題点を解決するために「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」(医療介護総合確保推進法)が制定され、1) 病床機能報告制度と地域医療構想策定による、地域における効率的かつ効果的な医療提供体制の確保、2) 「地域による介護」を確保するために地域包括ケアシステム構築の推進、等を重点とする整備が開始された。注目すべき点は、医療及び介護の提供体制の方向性において「地域」が key word の一つになっていることである。

岩田(2013)は、近隣にリーダー的大規模病院が存在する神戸市医療圏において、都市型中規模病院(300床規模)の循環器領域における経営戦略に関して考察し、病院完結型から地域完結型への移行を念頭に置いた共生戦略を提唱している。中規模病院は、得意分野を持つことで自院の立ち位置を確保し、手放す分野は他院に任せることが求められる、と報告している。

本稿では、大阪市医療圏内で近隣に位置する比較的、規模の大きい急性期病院3施設に注目し、今後、これらの病院が共存し、住民にとって、より良い医療サービスを提供していく上で、どのような経営戦略を採るべきか検討することを目的とする。

そのために、最初に機能分化の成功例と考えられる、熊本市医療圏急性期病院3施設について DPC[DPC/PDPS (Diagnosis Procedure Combination/Per-Diem Payment System)]公開データを対象として MDC (Major Diagnostic Category 主要診断群分類) 別患者マーケット・シェア分析 (SWOT 分析) を用いて検討する。次いで、大阪市医療圏3病院について同様に検討し、今後の急性期病院の経営戦略として、病院完結型から地域完結型への移行を念頭に置き、「競合から連携へ、連携から統合へ」そして「地域を基盤に」という視点に着目して考察し、更なる発展型としての「地域統合戦略」について言及する。

2. 機能分化の成功例と考えられる、熊本市医療圏急性期基幹病院3施設のMDC別患者マーケット・シェア分析

日経ビジネスオンラインが2015年全国DPC対象病院の経営力ランキングを発表した。この調査は、集客力として患者退院数とそのシェア・増加率の3指標、効率性・医療の質として患者構成指標、在院日数指標、DPC病床稼働率、機能評価係数 II (2014年

と 2015 年)の 5 指標、医療提供体制として医師数、看護師数、専門医割合、臨床研修医数、臨床研修医採用競争率の 5 指標、収益力として DPC 入院総収入額、1 日当たり単価、1 床当たり収入及び 1 患者当たり収入の 4 指標、を用いて一定のルールで算出した得点で評価したものである。情報が入手困難である決算内容を含めて支出が考慮されていない点等、「経営力」としての信頼性には限界がある。

しかし、ベスト 10 の中に熊本市から、半径 5 km 以内に位置する済生会熊本病院、独立行政法人国立病院機構熊本医療センターと熊本赤十字病院の 3 病院がランクインしていることは注目に値する。この 3 病院の特徴及び関係进行分析することにより、急性期基幹病院が競合する医療圏の中で、互いに生き残っていくための経営戦略に関して、何らかの示唆の得られる可能性がある。

また、中村(2003)によると 2002 年 4 月に設けられた急性期特定入院加算(主な施設基準：1. 紹介率 30%以上、2. 平均在院日数 17 日以内、3. 入院外来患者比率 1.5 以下)の算定施設が、同年 8 月全国で 21 施設であった時点で熊本市医療圏には既に 4 施設あり、急性期医療機関の差別化戦略、病床機能分化と医療連携の成功例として、熊本市医療圏は早くから注目されていた。当時の熊本中央病院におけるポジショニングの明確化等、独自の経営戦略に関しては尾形(2010)が概説している。

そこで、熊本市医療圏(調査時点では DPC 参加病院は 16 施設)における済生会熊本病院、熊本医療センターと熊本赤十字病院の 3 病院の役割・機能に関して患者マーケット・シェア分析を使用して分析した。具体的には、グラフの縦軸に当該病院の MDC 別月平均退院患者数を取り、病院の受け入れ能力、即ち内部環境要因を反映させた。横軸には当該病院の所在する二次医療圏の DPC 参加病院における医療圏シェアを取り、病院の競争力、即ち外部環境要因を反映させた。

こうして作成した散布図を基に SWOT 分析を実施した。MDC 別月平均退院患者数と二次医療圏シェアは、厚生労働省平成 26 年度第 5 回 DPC 評価分科会公開データを基にして算出された病院情報局公開データを利用した。MDC 中の主たる疾患名に関しては、「厚生労働省平成 23 年度 DPC 調査データに基づく地域病院ポートフォリオ」と「くまもと医療都市 2012 グランドデザイン(確定版)」を参考にした。

済生会熊本病院は、熊本市医療圏の南部の三次救急(救命救急センター)を担い、産婦人科は無く、MDC 別では特に循環器系(狭心症、慢性虚血性心疾患)と神経系(脳梗塞、脳腫瘍)に強みを認めた。熊本医療センターは、北部の三次救急を担い、特に血液系(非ホジキンリンパ腫、急性白血病)に強みを認めた。熊本赤十字病院は、東部の三次救急を担い、特に小児系に強みを認めた(図 1、次頁参照)。

医療圏シェアにおける固有の目標値に関しては、調べ得た限り見つからなかった。そこで市場シェアにおけるクープマン目標値を参考にすると、これらの強みを示す疾患群に関しては下限目標値 26.1%を超えていた。即ち、競争から一歩抜け出した強者と認知されるシェアに達し、一般に業界トップないし市場に影響力を有する地位を確立できる状況である。このように 3 施設はうまく棲み分けができていた。データは示さないが 3 施設に留まらず、熊本大学医学部附属病院は筋骨格系(難病)と女性生殖器系(子宮・卵巣がん)、熊本市立熊本市市民病院は乳房系(乳がん)、熊本中央病院は呼吸器系(肺がん)と腎・尿路系(前立腺がん)、そして熊本市医師会熊本地域医療センターは消化器系にそれぞれ強みを認めた。

二次医療圏内に競合する急性期病院が各々、確固たる強みを持ち、差別化戦略による病床機能分化と連携、そして棲み分けのできていることが共存する上で重要であることが示唆された。

3. 大阪市医療圏急性期病院 3 施設の患者マーケット・シェア分析

3-1. 大阪府及び大阪市における現在の機能別基準病床数と 2025 年の推計必要病床数

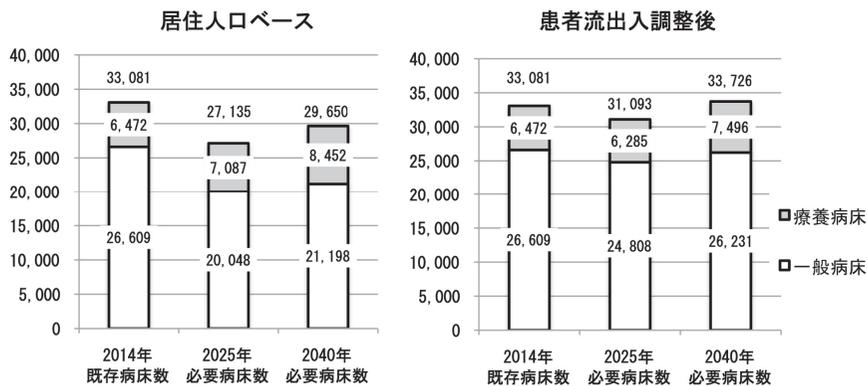
大阪府における、2013 年 4 月 3 日公示の一般・療養病床の基準病床数は 67,263 床である。「医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会」による「医療機能別病床数の推計及び地域医療構想の策定に当たって」の第 1 次報告が 2015 年 6 月 15 日に公表された。これによると 2014 年 7 月 1 日時点で報告集計済みの一般・療養病床数は合計 85,343 床であり、基準病床数を大きく超えている。内訳は高度急性期 11,587 床、急性期 43,521 床、回復期 7,260 床となっている。

2025 年の必要病床数(医療機関所在地ベース)は一般・療養病床合計で 97.7-101.5 千床、うち高度急性期 11.8 千床、急性期 35.0 千床、回復期 31.4 千床と推計されている。従って、この推計結果通りになるとすれば、今後約 10 年で急性期が 8.5 千床過剰となり、回復期が 24.1 千床不足する見込みである。

地域医療構想においては、「構想区地域における病床の機能の分化及び連携を推進するための基準として厚生労働省令で定める基準に従い定める区域(構想区域)における病床の機能区分ごとの将来の病床数の必要量」が記載される。また、医療法上、従来からの二次医療圏の設定と病床規制は有効である。

このように一般病床及び療養病床に関しては、二次医療圏と構想区域(医療介護総合確保区域)の設定による二重の量的規制がかけられることになるが、大阪府では全 8

区域で両者が一致している。大阪市医療圏でみると、2013年4月3日公示の一般・療養病床の基準病床数は17,476床で、図2に示す通り既存病床数はこれを大きく超えている。2025年に向かっては、居住人口ベース及び患者流出調整後いずれにおいても一般病床必要病床数は減少すると推計されている。



(出所：株式会社ケアレビュー「地域別必要病床数試算(ver. 1.2)」を元に筆者作成)

図2：大阪市医療圏必要病床数試算

3-2. 大阪市医療圏急性期病院3施設のMDC別患者マーケット・シェア分析

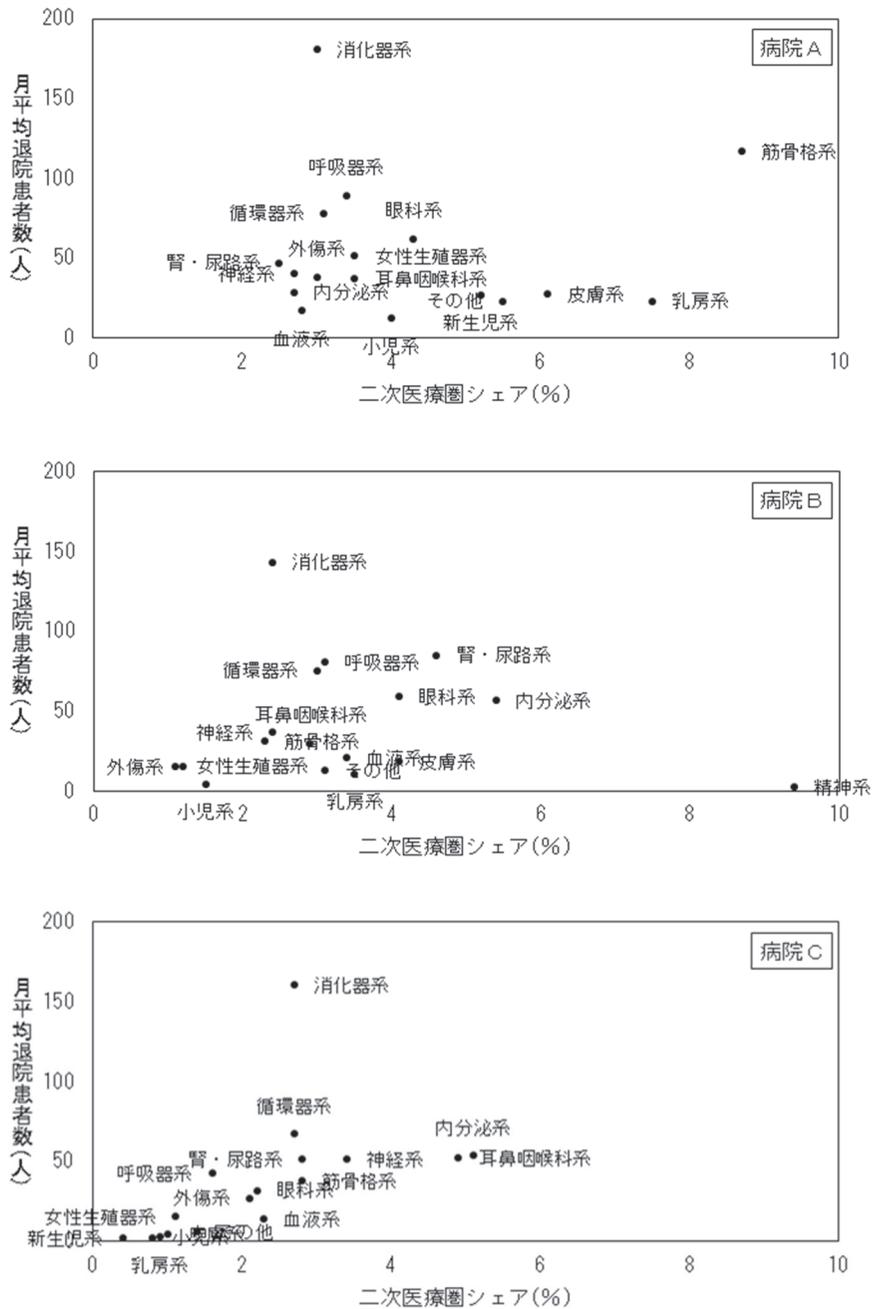
病院Aは大阪市医療圏において、病院Bと病院Cと共に一辺約0.5kmの三角形の頂点に位置する。いずれもDPC参加急性期病院で、7対1入院基本料算定、救急告示医療機関(二次救急)、大阪府がん診療拠点病院、及び臨床研修指定病院等の点で共通し、一般病床数は各々約600床、500床及び400床である。2013年調査時点の病床利用率は77%から84%とベンチマーク分析では同等あるいはやや劣っている。

大阪市医療圏(調査時点でDPC参加あるいは準備病院は49施設)における病院A、病院B及び病院Cの患者マーケット・シェア分析を実施した。MDC中の主たる疾患名に関しては、「厚生労働省平成23年度DPC調査データに基づく地域病院ポートフォリオ」を参考とした。

ちなみに大阪市医療圏内で第1位病院の月平均退院患者数と二次医療圏シェアは、全症例合計で1,549.3人(6.2%)、MDC別では新生児系が128.5人(24.5%)と際立っている以外は、外傷系70.2人(5.4%)から皮膚系61.8人(13.6%)の間に留まり、平均10.2%で熊本市医療圏における強みの値と比較して小さかった。

全症例数では、病院Aが901.9人(3.6%)、病院Bが701.6人(2.8%)、そして病院

Cが623.9人(2.5%)であった。図3に示すように、病院Aでは筋骨格系(脊椎症を含む脊柱管狭窄、股関節症)116.8人(8.7%)と乳房系(乳がん)23.2人(7.5%)に、病院B



(筆者作成)

図3：大阪市医療圏3病院の患者マーケット・シェア分析

では内分泌系(2型糖尿病)56.7人(5.4%)と腎・尿路系(慢性腎炎症候群・慢性間質性腎炎・慢性腎不全)85.1人(4.6%)に、病院Cは内分泌系(2型糖尿病)53.7人(5.1%)と耳鼻咽喉科系(慢性化膿性中耳炎・中耳真珠腫)52.2人(4.9%)にそれぞれ強みを認めた。病院Aにおける筋骨格系は大阪市医療圏内で第1位であった。病院Bにおいて精神系のシェアが高く表示されているが、精神病棟はなく患者数も少ないので比較対象から除外した。

これら3病院で強みと考えられるMDC別シェアの中で、クープマン目標値の存在目標値6.8%、即ち市場で認知され存在が認められるレベル、を超えているのは病院Aにおける筋骨格系と乳房系だけであった。他は拠点目標値2.8%、即ち競合他社から競争者と認定されることはないが市場に橋頭堡を築いた状態、を超えるレベルに留まっており強みの程度としては低かった。

3-3. 大阪市医療圏3施設のMDC別救急搬送例に関する分析

病院A、病院B及び病院Cの3施設は二次救急医療を担っているため、月平均救急搬送数と二次医療圏シェアを比較した。平成26年度第5回診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会公開データの中の「救急車による搬送の有無 医療機関別・MDC別集計」結果を元に算出した。

但し、医療機関別集計結果で年間10件未満の場合は、数値がマスクされているため「0」として計算した。各病院の月平均救急搬送数と二次医療圏シェアは、病院Aが114.1人(3.3%)、病院Bが75.9人(2.2%)、病院Cが47.7人(1.4%)であった。病院Aの値は二次医療圏内第1位施設の約50%に相当した。3病院いずれも月平均退院患者数における二次医療圏シェアよりも低かった。

そこで、3施設中で最多である病院Aについてのみ、MDC別救急搬送例を分析した(図4)。皮膚系(アナフィラキシー、感染症等)は1.3人と搬送数は少ないもののシェアは7.2%と高かった。次いで神経系22.4人(4.5%)、消化器系23.8人(4.0%)、呼吸器系18.3人(3.5%)が、月平均退院患者数における二次医療圏シェアよりも高かった。

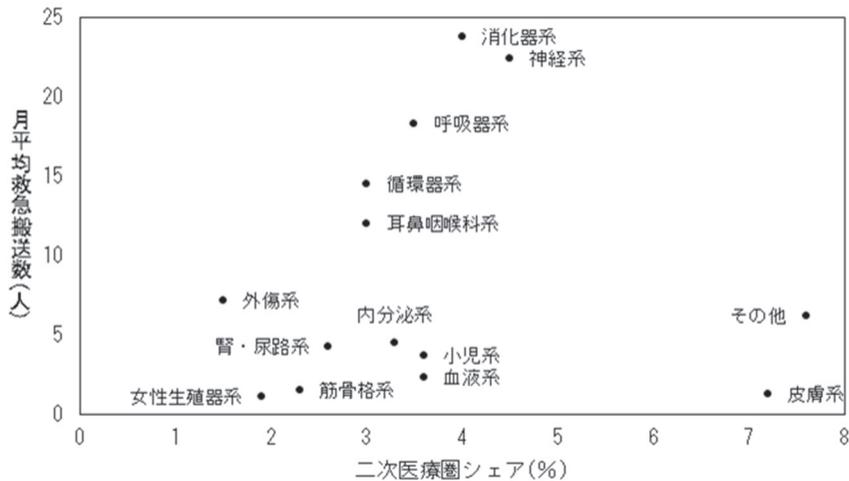
3-4. 大阪市医療圏3施設の高度治療例に関する分析

MDC別分析では治療内容が不明であるため、平成26年度第5回診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会公開データの中の「手術化学療法放射線療法全身麻酔について」の結果を元にこれらの件数に関して患者マーケット・シェア分析を実施した。

但し、手術、化学療法、放射線療法及び全身麻酔を重複して受けた場合、それぞれ

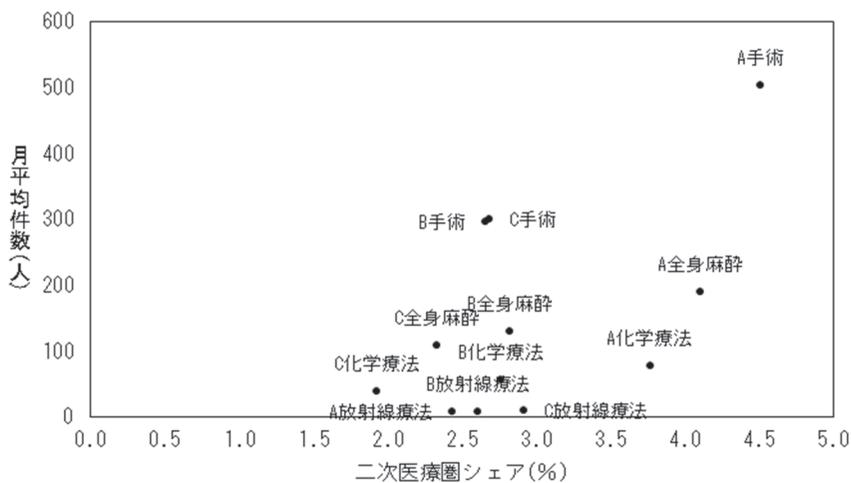
の項目を重複して計算した。図5に示すように、病院Aは手術が月平均503.7件(二次医療圏シェア4.5%)、全身麻酔が189.6件(4.1%)、化学療法が77.6件(3.8%)と高度治療例のシェアが高く、他の2病院に対して強みを認めた。

特に消化器系では手術と内視鏡に関して原則24時間365日対応可能な体制を採っており、消化管穿孔等の緊急手術を年間100件以上実施していた。化学療法においては外来化学療法が考慮されていないので解釈に注意が必要である。



(筆者作成)

図4：病院AにおけるMDC別救急搬送例の患者マーケット・シェア分析



(筆者作成)

図5：大阪市医療圏3病院における高度治療例の患者マーケット・シェア分析

4. 考察

4-1. 大阪市医療圏3病院の分析結果のまとめ

大阪市二次医療圏におけるMDC別患者マーケット・シェア分析の結果、3病院を比較すると、病院Aは筋骨格系と乳房系に、病院Bは内分泌系と腎・尿路系に、そして病院Cは内分泌系と耳鼻咽喉科系に強みを認めた。

病院Aでは神経系と消化器系の救急搬送数とシェアの値が大きく、高度治療例において手術と全身麻酔の件数とシェアの値も大きかった。とは言え、一辺約0.5kmの三角形に位置する3病院間での機能分化と棲み分けは決して十分にできているとは言えなかった。

病院Aを除き、強みの程度は低く、多くのMDC領域では競合している状態であった。特に、消化器系と循環器系は激しく競合していた。地域内において、一定数以上の患者数を確保でき、診療上、これらの疾患領域から完全に撤退することは極めて困難と考えられる。しかし、今後の3病院の共存を考えた場合、病院Aは現在の強みに「選択と集中」することで生き残りを賭けるという経営戦略を描くことができるが、病院Bと病院Cは、ポジショニングの更なる明確化と「選択と集中」が必要である。

以上の結果をもとに3病院共に政策における「地域」に重点を置いた流れに乗って、1)比較的、規模の大きい急性期3病院が近隣に位置するという地域特性、と2)診療実績から視える、地域を基盤とした役割分担を考えた上での機能分化と棲み分けを進めていく必要があると考える。

4-2. 競合・競争から協調へ

競合・競争のメリットとしては、切磋琢磨による診療能力の向上や組織の活性化等が挙げられる。一方、デメリットとしては、1)患者志向から、競争志向になること、2)人材や設備の過剰投資、3)常に他院の動向をチェックしなければならないことや、より重症患者を診療しなければならないことによる組織の疲弊、等が挙げられる。不必要な検査や治療の行われる可能性も否定できない。

伊丹(2012)や丸山(2008)は、企業における経営戦略の究極の姿は「競争しないこと」であり、これは孫子の兵法の根底に流れる思想であると述べている。

競合・競争の対極に位置する戦略としては、連携や協調が該当するだろう。Greenwald and Kahn(2005)は、企業の競争戦略において、協調とは「各社の強みの差が、結果的に直接的な影響を及ぼすような無駄な争いを排除するもの」と定義し、競合企業とで

きるだけ競争しないで共存を図る戦略が協調戦略である、と述べている。

また、第9回社会保障制度改革国民会議においては、医療機関の競争下では機能分化や連携は困難であり、「囚人のジレンマ」に陥っている状況であると述べられ、「競争から協調へ」のシフトが提唱されている。つまり、急性期病院はお互いに協調し合う方が利益になるにも拘わらず、自院だけが競争・競合することを止めるわけにはいかない状況にある。この状況を打破できるのは、急性期病院間の話し合いによる協調か自発的な「選択と集中」による棲み分けである。

4-3. 統合(integration)の強度に関する Leutz の定義

ところで、連携や協調という語はしばしば厳密な定義がなされずに使用されている。筒井(2014)は、地域包括ケアシステムの根幹を成す統合ケア(integrated care)という理念を実現する手法が統合(integration)であると述べ、医療および社会サービスにおける統合の強度に関して Leutz, WN [Milbank Quarterly (1999)]による3区分を紹介している。1)連携(linkage)：最もつながりの弱いものである。つながりは複数の組織間で発生し、ケアの継続性の向上を図るために、適時に適所へサービス利用者を紹介し、関係する専門家間のコミュニケーションを簡易化するという目的で行われるものである。2)協調(coordination)：より構造化されたもので、複数の組織にまたがって運営を行い、様々な保健サービスの協調、臨床的情報の共有、そして異なる組織間で移動するサービス利用者の管理も行うことができるものである。3)完全な統合(full integration)：本格的な資金のプールを行い、特定のサービス利用者集団が抱かえるニーズに合致した包括的なサービス開発をできる新たな組織を形成することを可能にするものである。以下、これらの定義に基づいて使用する。

この内、完全な統合に関しては、必要な利用者をスクリーニングする機能を具備しておくべきであるが、全ての利用者には必要なく、日本における統合ケアのプログラムは、実質的に国家による医療体制が確立し、完全な統合に必須とされる価格決定権がない状況においては、協調を目標にすべきであると述べられている。

4-4. 医療提供体制における協調(coordination)

地域包括ケアシステムにおける医療と介護の統合という観点から、Leutz の区分はなされているが、ここでは医療提供体制について焦点を絞って考える。

日常診療の現場で実施されているように、病院の地域医療連携室や地域包括支援センターのスタッフが、利用者のサービスを調整するに当たり、連携機関のスタッフに

電話をかけて紹介するというレベルは連携に相当する。では、個々の施設の独立性を保持しつつ、各施設のポジショニングに配慮して、施設間にまたがって入院患者の調整を行う協調レベルの統合は考えられないだろうか。

岩田(2013)は、競合する都市型中規模3病院の循環器科が共生していくための機能分化の一つの方法として、各病院で相互の病院の専門性や特性を把握したコーディネーターの設置を提案している。コーディネーター3人は、転院や医師招聘等の権限を移譲され、医療機関、医師会や介護施設に各病院の特性を説明し、3病院のみならず、紹介する診療所や介護施設は何ができて何ができないのかについて、常に互いの最新の状況を把握しておく。そして、3病院が情報共有の元、医療機関の垣根を越えた一つの医局のような集合体として機能し、各病院が得意分野において循環器疾患の診療に当たることを述べている。

このシステムを循環器疾患に限定せずに、大阪市医療圏3病院に適応させた場合、どのように考えればよいだろうか。各病院から一人ずつコーディネーターが出され、患者受入の窓口を一本化する(エントリーポイントの一元化)。これはカナダのケベック州で実施されているPRISMA(Program of Research on Integration of Services for Maintenance of Autonomy)という協調レベルの統合ケアのモデルで取り入れられている仕組みである。

そして、患者の主たる疾患と状態に応じて最適な入院先を決定する。例えば、脊柱管狭窄症ならば病院A、慢性腎不全なら病院B、慢性中耳炎なら病院Cというように振り分ける。この際、コーディネーター間の出身大学医局や専門性の違いが悪影響を及ぼしてはならない。因みに中村(2003)は、九州主要都市における医師の出身大学支配率を調べ、医療圏における医師の出身大学の構成については、必ずしも医療機関の連携を円滑に行うための必須条件ではないと報告している。

また、脊柱管狭窄症の患者が重度の2型糖尿病を合併している場合にはどうするか等、患者振り分けに関しては種々の問題が考えられる。ロジカルシンキングで用いられるMECE(Mutually Exclusive and Collectively Exhaustive)のように完全に振り分けられる訳ではないが、これら3病院においては、患者を臨床的に評価するための統一した方法論や患者振り分けのためのあらかじめ決められたルールを作成することが、協調レベルの統合に達するには必要である。

4-5. 「競合戦略」から「地域統合戦略」へ

これまでに述べてきたように、大阪市医療圏3病院が共存していくためには、1)自

発的にポジショニングの明確化と「選択と集中」によって棲み分けを探るか、2)話し合いにより協調レベルでの「統合」を目指すか、により過度の競合状態から脱することが必要である。特に、後者の場合の関係者においては、「地域」の特性に配慮し「地域」を基盤にした共通の目的意識(規範的統合)が求められる。ここではこのような戦略を「地域統合戦略」と名付けることとした。

「地域統合戦略」による医療提供体制の更なる具体的な内容に関しては、今後の検討課題ではあるが、病院A、病院B及び病院Cは、極めて近隣に位置するという地域特性を持っており、話し合いによる協調を目指すには適した環境にある。「競合戦略」から「地域統合戦略」へというシナリオのモデルケースに成り得る可能性を有している。

5. おわりに

急性期病院は、これまで競争・競合することにより切磋琢磨してきた面がある。しかし、過度の競争・競合が医療資源の重複や無駄遣いという弊害を生むだけでなく、急性期病院のポジショニングの不明確化を惹起し、医療マネジメントの面からも見過ごせなくなっている。如何にして不必要な競争・競合を回避し、「地域」という枠組みで必要十分な医療を提供していくかという課題を解決することが、今後の医療マネジメントの要諦であると考えている。

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、鳥邊晋司教授ならびに藤江哲也教授より、丁寧かつ熱心なご指導を賜りましたことに感謝の意を表します。

参考文献（引用文献を含む）

- [1] Greenwald B. C. and J. Kahn(2005) *Competition Demystified*, Portfolio. (辻谷一美訳『競争戦略の謎を解く』ダイヤモンド社、2012年)
- [2] 石川ベンジャミン光一、伏見清秀、松田晋哉、若尾文彦(2013)『厚生労働省平成23年度DPC調査データに基づく地域病院ポートフォリオ』じほう。
- [3] 伊丹敬之(2012)『経営戦略の論理(第4版)』日本経済新聞出版社。
- [4] 今井志乃ぶ、伏見清秀(監修)(2014)『すべてExcelでできる! 経営力・診療力を高めるDPCデータ活用術』日経BP社。

- [5] 岩田幸代(2013)「都市型中規模病院における共生戦略 循環器領域を例に」『商大ビジネスレビュー』3巻1号、167-182頁。
- [6] 尾形裕也(2010)『医療経営士テキスト 病院経営戦略論』日本医療企画。
- [7] 柿原浩明(2004)『入門医療経済学』日本評論社。
- [8] 権丈善一(2014)「医療は『競争から協調へ』 医療施設整備が量的飽和を迎える時代の医療経営の方向性」吉原健二『医療経営白書 2014-2015年版 競争から協調へ病院経営の新時代到来』、1-4頁、日本医療企画。
- [9] 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。
- [10] 中村久美子(2003)「医療機関の機能分化と連携について 国立熊本病院・済生会熊本病院・熊本中央病院を中心とした熊本医療圏の事例研究」『福岡医学雑誌』94巻11号、323-329頁。
- [11] 日本政策投資銀行ヘルスケア室、日本経済研究所医療福祉部(2014)『医療経営士サブテキスト 医療経営データ集 2014』日本医療企画。
- [12] 伏見清秀(2010)「DPC データから見える医療機関の地域での役割と機能分化のあり方」『病院』69巻9号、681-685頁。
- [13] 丸山謙治(2008)『競合と戦わずして勝つ戦略』日本能率協会マネジメントセンター。
- [14] 山田英夫(2015)『競争しない競争戦略』日本経済新聞出版社。

参考ホームページ(引用ホームページを含む)

- [1] 熊本市 くまもと医療都市 2012 グランドデザイン(確定版)(2012年3月)
http://www.city.kumamoto.jp/common/UploadFileDsp.aspx?c_id=5&id=1926&sub_id=1&flid=10573 (2015年7月20日アクセス)
- [2] 厚生労働省 二次医療圏・基準病床数等の状況について(2013年7月8日)
<http://www.mhlw.go.jp/file.jsp?id=141461&name=2r98520000036f12.pdf>
(2015年7月22日アクセス)
- [3] 厚生労働省 医療介護総合確保推進法等について(2014年7月28日)
http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000052610_1.pdf (2015年8月2日アクセス)
- [4] 厚生労働省 平成26年度第5回診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会(2014年9月5日)

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000056344.html> (2015年7月25日アクセス)

[5] 厚生労働省 大阪府地域医療介護総合確保計画(2014年11月)
<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000068041.pdf> (2015年8月1日アクセス)

[6] 厚生労働省 医療法の一部を改正する法律案の概要(2015年7月1日)
<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/soumu/houritu/dl/189-36.pdf>
(2015年8月9日アクセス)

[7] 首相官邸 社会保障制度改革国民会議 第9回議事次第(2013年4月19日)
<https://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/dai9/gijisidai.html>
(2015年8月6日アクセス)

[8] 首相官邸 社会保障制度改革国民会議報告書 確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋(2013年8月6日)
<https://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/pdf/houkokusyo.pdf>
(2015年8月6日アクセス)

[9] 首相官邸 医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会 医療機能別病床数の推計及び地域医療構想の策定に当たって 第1次報告(2015年6月15日)
<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/shakaihoshoukaikaku/houkokusyo1.pdf>
(2015年7月11日アクセス)

[10] 日経ビジネスオンライン あなたは赤字の病院にいのちを預けられますか？
全国1789病院の経営力ランキングを初公開(2015年6月1日)
<http://business.nikkeibp.co.jp/article/research/20150529/281786>
(2015年6月1日アクセス)

[11] 日経ビジネスオンライン 2015年病院経営力ランキング(2015年6月4日)
<http://business.nikkeibp.co.jp/article/research/20150603/283868>
(2015年6月7日アクセス)

[12] 日本長期急性期病床(LTAC)研究会 第2回研究大会「熊本から考える新たな地域医療連携のかたち」報告(2014年9月28日)
<http://ltac.jp/katsudou/html/institution2014.html> (2015年7月22日アクセス)

[13] 病院情報局 地域別必要病床数試算(ver.1.2)(2014年10月24日)
http://hospia.jp/files/141020bedsdetail_marea.pdf (2015年7月22日アクセス)

[14] 病院情報局
<http://hospia.jp/> (2015年7月26日最終アクセス)