

# 中規模地域医療支援病院の経営戦略

## －SWOT 分析と病床再編シミュレーションによる検討－

森 田 正 美

キーワード： 7 対 1 病床、地域包括ケア病床、病床再編

### 1. はじめに

我が国の保健医療システムは、国民皆保険制度の整備とフリーアクセスの仕組みの下で、全般的な生活水準や公衆衛生の向上、医療関係者の努力等とも相まって、世界最高の平均寿命・健康寿命を達成したことから、世界最高水準と評価されている。しかし、近年、少子高齢化の進展、医療技術の進歩、国民の意識の変化等を背景として様々な課題が指摘されている。

さらに日本の国民医療費は 13 年連続で記録を更新、近年毎年 1 兆円ずつ増え続け、2015 年には初めて 40 兆円を軽く超え、41.5 兆円に至った。今後団塊の世代が 75 歳以上の後期高齢者となる 2025 年に向けて、医療や介護の需要がさらに高まると見込まれており、このままでは国民皆保険制度の崩壊をももたらしかねない状況にある。

少子高齢化による医療ニーズの変化と増大の中、皆保険制度を堅持し、高水準の医療を提供し続けられる体制の構築を目指すべく、社会保障・税一体改革において消費税率の引き上げと、それを財源とした医療サービスの機能強化、重点化・効率化に取り組み、2025 年に向けて医療提供体制の再構築、地域包括ケアシステムの構築を図る方針が打ち出された。

その後の診療報酬改定ではこの方針を受けて、病院・病床機能の分化・強化と連携、在宅医療の充実、重点化・効率化を重点課題とし、2025 年に向けた計画的な対応を段階的に実施していくための評価を改定の視点としてきた。特に入院医療においては、増えすぎた 7 対 1 病床の機能が必ずしも急性期医療を必要とする患者を対象としたものではなく、患者の状態に応じた医療提供、療養環境、医療費負担となっていない状

況があり、7対1病床の機能を適切に評価する観点から、入院患者については厳格に基準が設けられた。特に平成26年、平成28年の診療報酬改定では重症度、医療・看護必要度においてさらに厳しい基準が設定され<sup>1</sup>、また平均在院日数の計算から短期滞在手術料3の患者が除外されたことにより平均在院日数が短縮、病床利用率が下がったことによる収益の悪化から、経営難に陥る病院が増加している<sup>2</sup>。

そもそも7対1病床は、急性期医療の質の向上と現場の実態に即した看護配置の適切な評価を目的とし、平成18年度診療報酬改定において導入された入院基本料である。高い診療報酬点数が設置されたことに加え、医療の高度化や複雑化への対応、看護師の負担軽減や離職防止の観点からの後押しもあり、厚生労働省が見込んでいた2万床を大きく上回り、導入1年後には16.2万床と激増した。7対1看護配置への転換に歯止めを掛けるべく看護必要度を用いた基準の設定を導入したものの、その後も増え続け平成26年には1,609病院、37.4万床まで膨れ上がった。今後は9万床の削減を当面の目標として、診療報酬改定においてさらに厳格化が進められていくとみられている。また2025年に向けての課題を実現する上では、過剰な急性期病床を不足する回復期病床へいかに転換を誘導していくかが重要なテーマになっていくが、これについては各都道府県における地域医療構想として調整を図っていくこととなる。

これまで医療の質の向上を目的とし、人的資源の投入という医療提供体制に対する評価により、在院日数の短縮という一定の成果が得られた今、次は提供する医療そのものの評価、プロセスおよびアウトカム評価へと転換を図っている。したがって、これからの医療経営は、持てる資源の有効効率的な活用に重点を置き、従来の手法に捉われることなく未来に向かって新たなビジネスモデルを創造していく思考が必要になる。すなわち少子高齢化の進展や医療・介護政策など医療を取り巻く種々の環境変化を的確にとらえながら、自院の立ち位置と果たすべき役割を踏まえた上で、長期的にわたり安定的な経営が行えるよう、柔軟かつ戦略的な変革が求められるのである。

そこで本稿では、7対1病床厳格化政策の影響により経営悪化に陥ったX県のA病院をモデルとし、内部環境や外部環境、また様々な経営データやDPCデータ、医療圏データなどを用いてSWOT分析を行った。そしてそれを元に、今後も地域医療と福祉を支え、基幹的役割を果たして行くための経営戦略と、病床再編の選択肢について検討

---

<sup>1</sup> 平成28年度診療報酬改定では、手術等の医学的状況として新たにC項目が設けられた他、該当患者の基準も①A項目3点以上、②A項目2点かつB項目3点以上、③C項目1点となるなど、多くの変更点が加わった。

<sup>2</sup> 平成28年度病院運営実態分析調査によると、平成21年から平成24年に60%台まで持ち直していた赤字病院割合は、平成25年以降再び70%以上に増加している。

を行った。なお、内部データとしては平成 24 年～平成 28 年の医事データと財務データ、また平成 29 年の 4、5 月の DPC データ、外部データとしては DPC 公開データや医療圏データを用い経時的変化や比較・分析を行った。

構成としては、第 2 節で A 病院の現状と外部環境を踏まえた SWOT 分析、第 3 節で戦略策定および病床再編モデルを医業収支の視点からシミュレーションによる比較検討を行い、第 4 節で病床再編による経営上の効果および課題について考察を行い、第 5 節でまとめとする。

## 2. A 病院の分析

### 2-1. 概要

A 病院は X 県 S 市に位置し、昭和 29 年に 24 床の内科・外科病院として開設された。S 市においては唯一の多診療科を持つ急性期病院として、地域の基幹的な役割を果たしながら次第に規模を拡大、平成 22 年より現在の 7 対 1 一般病床 266 床、地域包括ケア病棟（平成 27 年に療養型病床から転換）48 床となっている。現在診療科は 19 診療科、平成 27 年度に健診センターと内視鏡センターを拡大整備、また介護老人保健施設を併設している。

平成 22 年にはリニアック治療室を開設するなど、X 県地域がん診療連携支援病院としてがん診療にも注力、また市内唯一の救急告示病院としての役割も果たしてきた。また、社会福祉法人として、介護・福祉事業や無料低額診療などの生活困窮者支援事業などについても取り組んできている。

平成 18 年に DPC 参加病院となり、平成 20 年に入院基本料 7 対 1 を取得、平成 27 年地域医療支援病院の承認を受けている。

A 病院は平成 23 年頃までは病床利用率 85%以上を維持し、経営も比較的安定していたため、がん診療の充実や急性期医療機能拡大に向けて、人的資源や医療機器・建物などへの投資を積極的に行っていた。

そうしたさなか、平成 24 年の診療報酬改定において 7 対 1 厳格化政策の一環である、医療・看護必要度評価の基準値が 15%に引き上げられたことにより、徐々に利用率が低下し始めた。必要度基準のクリアに向けて、早期の退院やクリニカルパスの見直し、また地域連携室を立ち上げて退院調整や退院支援に取り組んだ。その後の平成 26 年の改定では評価項目の見直しがなされ、また、平成 28 年の改定では基準値が 25%と大きく引き上げられたことから、さらに 7 対 1 病床からの早期退院を促さなければならなかった。平成 27 年には、療養病床を地域包括ケア病棟へ転換を図り、7 対 1 病床

からのポストアキュート患者を転棟させるなど、引き続き7対1の維持のために取り組んだ。しかし、その結果、平均在院日数は短縮、空床を埋めるだけの新規入院患者数を確保できず、病床利用率は大きく低下した（図1）。

このように、医業費用の増大と収益の伸び悩みによる収支のアンバランスが生じ、ここ3年間はマイナス収支が続いており、経営立て直しのための抜本的な改革が求められている。

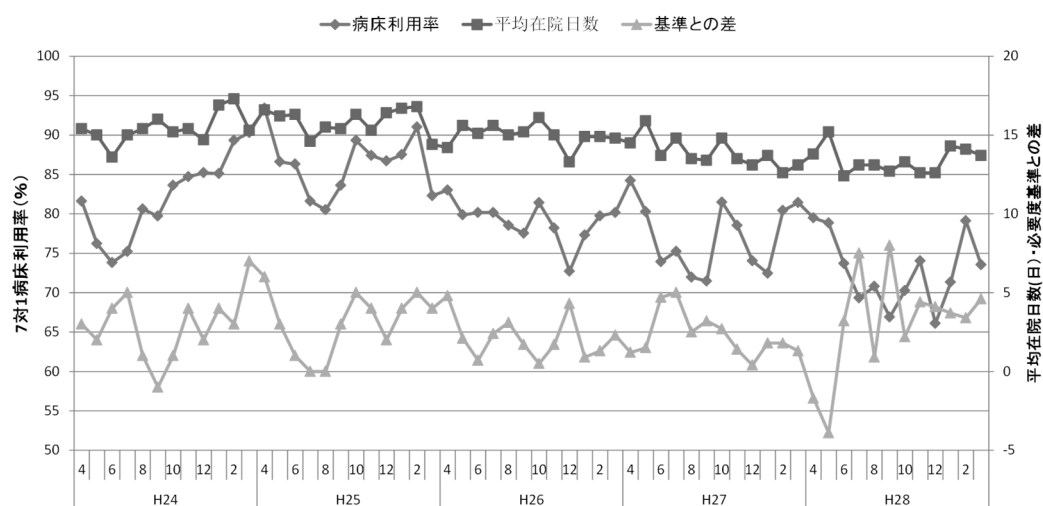


図1：病床利用率・平均在院日数と必要度の推移（平成28年の基準変更により基準値との差で表示）

## 2-2. SWOT 分析

A病院は今後も引き続きX県S市において、引き続きがん診療や救急医療をはじめとする急性期医療を中核的機能としながらも、地域のニーズより地域包括ケア病床や介護老人保健施設などのケアミックス的な機能も持ちながら、今後も地域に密着し、永続的に地域の医療・福祉を担っていく方針である。

そこで、A病院が現在どういう状況におかれ、今後の経営戦略をどう展開いくべきかを検討するために、SWOT分析を行った。A病院のSWOT分析の「強み」「弱み」「機会」「脅威」をまとめると図2のようになる。まずは、それぞれの項目に従ってA病院の診療実績や経営状況についてのデータ分析と、診療圏やその他の外部分析を行い、経営改善に向けての問題点や課題について明らかにしていくこととする。

| S | 強み (Strength)                                                                                                                                                              | W | 弱み (Weakness)                                                                                                                                                 |
|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|   | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 地域医療支援病院</li> <li>➤ 消化器系・呼吸器系シェア</li> <li>➤ 救急診療体制強化</li> <li>➤ 内視鏡診療機能強化</li> <li>➤ 健診センター整備</li> <li>➤ 地域包括ケア病棟・老健併設</li> </ul> |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 診療科間・部門間での協力・連携が弱い</li> <li>➤ 病床利用率の低下</li> <li>➤ 外来患者数の減少</li> <li>➤ 医業費用の増大</li> </ul>                             |
| O | 機会 (Opportunity)                                                                                                                                                           | T | 脅威 (Threat)                                                                                                                                                   |
|   | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 健診需要の増加</li> <li>➤ 高齢者数増加に伴う医療需要の増加(2025年まで)</li> </ul>                                                                           |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 競合病院</li> <li>➤ 平成30年診療報酬・介護報酬同時改定</li> <li>➤ 地域医療構想</li> <li>➤ 2030年以降の人口減少</li> <li>➤ (患者減少・医療従事者の確保困難)</li> </ul> |

図2：A病院のSWOT分析

## 2-3. 強み

### 1) 地域医療支援病院

地域医療支援病院とは、患者に身近な地域で医療が提供されることが望ましいという観点から、紹介患者に対する医療提供、医療機器等の共同利用の実施等を通じて、第一線の地域医療を担うかかりつけ医を支援する能力を備え、地域医療の確保を図る病院として相応しい構造設備等を有するものについて、県知事が個別に承認するものである。その役割は、かかりつけ医からの紹介患者の受け入れおよびかかりつけ医に対する逆紹介、医療機器の共同使用、救急医療の提供、地域の医療従事者への研修などがある。原則として200以上の病床とふさわしい医療設備や人材があること、また紹介率50%、逆紹介率70%であることなどがある。診療報酬上のインセンティブとして、DPC機能評価係数Iでの加算がある<sup>3</sup>。

A病院の診療圏は狭く、入院患者でみると立地するS市および隣接するU市をはじめとする市町村からの患者で90%を占めている(図3)。S市の60%、U市の75%は山間部で高齢化率も高く、入院患者の90%以上を後期高齢者が占めている。そのためリハビリテーションなどで在宅復帰に時間がかかる患者や、退院調整が難航し在院日数が長くなる患者が多く、地域包括ケア病棟を利用するなどして対応してきた。

<sup>3</sup> DPC病院以外の病院は地域医療支援病院入院加算として入院初日に1,000点が加算される。平成28年8月の医療施設動態調査によると地域医療支援病院は全国に535施設となっている。

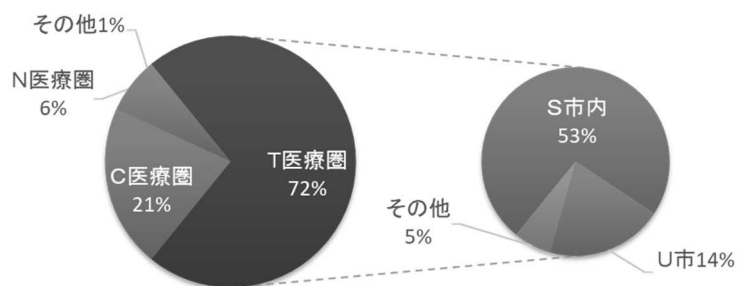


図3：入院患者住所別内訳

今後少子高齢化がますます進展し、地域包括ケアシステム構築が推進される中、A病院は地域完結型医療の要としての役割を果たしていくために、地域医療支援病院を取得した。今後は、診療所や訪問看護ステーション、包括支援センターや介護事業所など、地域との連携を強固なものにし、患者の在宅復帰・在宅療養に向けて調整を図っていかなくてはならない。また、一方でがん治療や脳卒中、糖尿病などの生活習慣病や外傷などの急性期治療体制の充実を図り、また在宅療養患者の急性増悪時の受け入れ体制についても万全に整えておく必要がある。

## 2) 消化器系・呼吸器系シェア

A病院の診療圏をT医療圏とC医療圏の両圏域を合わせたものとして、平成24年度と平成27年度のMDC疾患群分類別のシェアの比較を行った。シェアをX軸、救急搬送件数をY軸、患者数をバブルの大きさで表している（図4、5）。

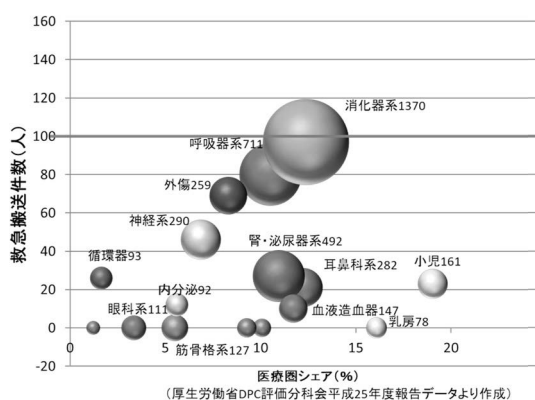


図4：MDC分類別医療圏シェアと救急搬送件数及び患者数 平成24年

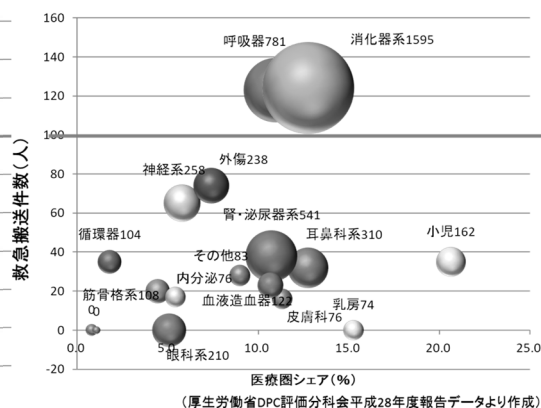


図5：MDC分類別医療圏シェアと救急搬送件数及び患者数 平成27年

消化器系疾患の患者数と搬送件数が圧倒的に多く、次いで呼吸器系疾患となっている。平成 24 年度に比べ平成 27 年度は、消化器系、呼吸器系ともに救急搬送件数、患者数は増加しているが、医療圏シェアは共に 12～14%で変化していない。

### 3) 救急診療体制強化

以前より市内唯一の救急告示病院として「断らない救急医療」を掲げ取り組んできた。さらに地域医療支援病院の承認を得てからは、医師の増員や、消防署との連携に努めるなど救急診療体制の強化を図ってきた。その結果、搬送の受け入れ件数は増加し、平成 24 からの 5 年間で 5 割増となっている（図 6）。

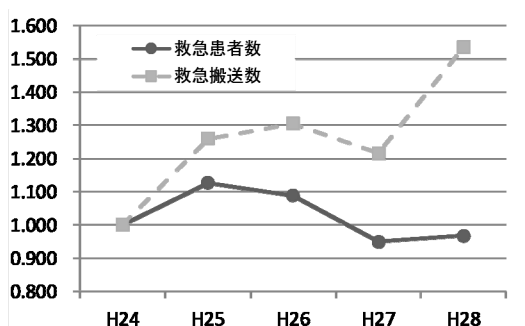


図 6：救急搬送数、救急受診患者数の推移

それに伴い救急からの緊急入院件数は 1.3 倍近く増えているものの、これも平均在院日数短縮化の進展により病床利用率を上げる要因にはなっていない（図 7）。

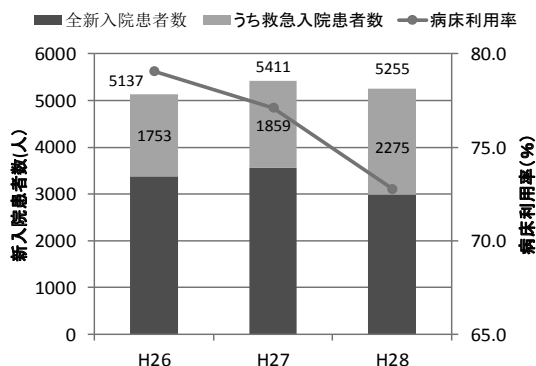


図 7：全入院患者、救急入院患者と病床利用率の推移

### 4) 健診センター・消化器内視鏡センターの体制強化

内視鏡診療も健診事業も以前から取り組んできたが、平成 27 年に新築工事の際に分散

していた機能を集約し、健診センター・消化器内視鏡センターとして整備を行った。また機能強化を図るために、医療機器と人員の増員も行うなど更なる資金投入を行った。それにより、健診件数は増加し収益は約 35% 増、内視鏡検査や消化器内視鏡手術件数は 20% 増加している。今後も健診需要の拡大（後述）と、低侵襲性へのニーズによる内視鏡需要の拡大が予想されることから、積極的なマーケティングにより収益の拡大が期待できるところである。

#### 5) 地域包括ケア病棟・老健施設併設

地域包括ケア病棟とは、病院からの在宅復帰支援や在宅療養患者の支援など、地域包括ケアシステムにおける医療の中核的な役割を担う病棟として、平成 26 年度の診療報酬改定で新たに設置された病棟(病床)である。地域包括ケア病棟には 3 つの受け入れ経路と 4 つの機能があるとされている。受け入れ経路・機能の 1 つは、自院・他院を問わず、急性期後の治療や回復期のリハビリを要する患者を受け入れるポストアキュート機能を担う機能。2 つ目の受け入れ経路・機能は、軽度から中等度の急性期患者を、緊急入院で受け入れるサブアキュート機能。3 つ目の受け入れ経路・機能は、短期滞在手術等基本料 3（4 泊 5 日までの場合）、糖尿病教育入院、医療必要度の高いレスパイトケア等の患者を受け入れる機能（周辺機能）である。さらに 4 つ目の機能として、在宅・生活復帰支援機能がある（図 8）。

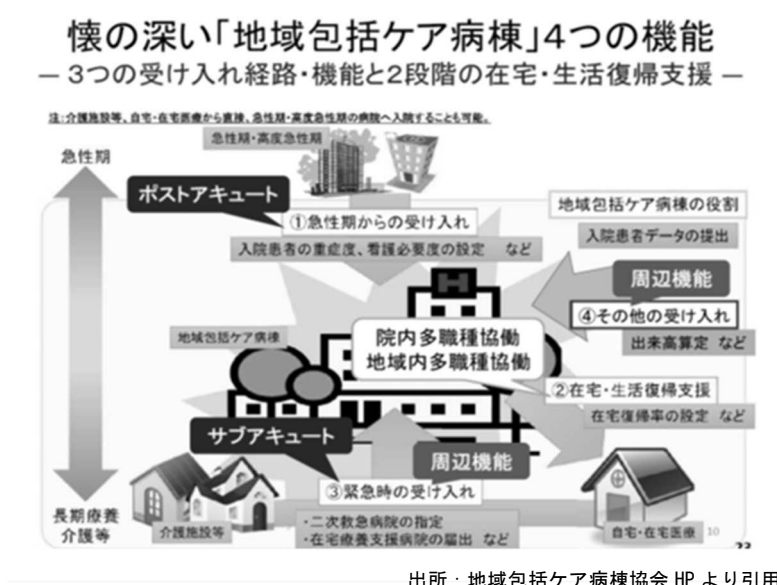


図 8：地域包括ケア病棟の 3 つの経路と 4 つの機能

A病院は、平成 27 年に療養病床よりの転換を行い、主に整形外科患者を中心として 7 対 1 病床のポストアキュート患者の受け皿として活用してきた。しかし、7 対 1 病床の利用率低下と重症度、医療・看護必要度の安定化により、次第に利用率が下がる傾向にある。リハビリ実施患者については平均 2 単位の実施や 60 日期限、重症度、医療・看護必要度 A 病院 1 点以上が 10% など、要件は多く、患者選定には慎重さが必要となるが、麻酔や手術が出来高算定可能となり、活用の幅も広がってきている。加えて、加算を含めれば一日およそ 3,000 点以上が全入院期間で算定できるため、7 対 1 病床の 2,500 点以下の患者を転棟させることができれば、収益増となり経営的にもメリットは大きい(表 1)。

表 1：地域包括ケア病棟入院料および加算

|                        |         |
|------------------------|---------|
| 地域包括ケア病棟入院料 1          | 2,558 点 |
| 看護職員配置加算 50 対 1        | 150 点   |
| 看護補助者配置加算 25 対 1       | 150 点   |
| 救急・在宅等支援病床初期加算 (14 日間) | 150 点   |

また、在宅療養患者の急性増悪時の受け入れに関しては、これまで 7 対 1 病床で対応してきたが、3,000 点以上の診療報酬がある地域包括ケア病床であれば、収益面からみても遜色はない。それどころか、すぐに多職種協働による在宅療養支援が行えるので、病状を見ながらタイミング良く在宅復帰につなげることができる。このような地域包括ケア病床の機能の一つであるサブアキュート機能は、A 病院の地域支援病院としての役割と地域の医療ニーズを考えれば、もっと活用されていかななくてはならない。

また、A 病院は同一敷地内に介護老人保健施設を併設しており、これまでもポストアキュート患者の受け皿として病院との連携を図ってきたが、近隣に介護施設が増えたことと、在宅復帰率の基準が設けられたことなどから利用率が低下している。したがって、今後は 7 対 1 病床から地域包括ケア病棟、そして老人保健施設を経て在宅復帰へと、スムーズに繋がられるよう一体的な運営に努めることと、そしてそれを強みとして地域に向けて積極的なプロモーションを行っていくことが必要である。

## 2-4. 弱み

- 1) 診療科間・部門間での協力・連携が弱い

様々な専門職種の集まりの組織である病院は、セクショナリズムや部門間の壁が障壁となり、課題解決にむけた建設的な議論が進まないことから、サービスの質の向上を阻む因子となっていることが多い。そうならないためには、まずビジョンを共有し、理念や運営方針の浸透を図る必要がある。様々な機会において経営の上層部が繰り返し理念やビジョンを強調し、取り組む課題の重要性と価値を伝え続けることが大切である。また、具体的な課題解決に向けては、監督者だけでなく担当者も交えた他職種から成るプロジェクトチームを立ち上げ、KPI や KGI を設定しアクションプランに落とし込んで、PDCA サイクルで実行管理していくことが重要である。またそうした取り組みを進める中で、部門間や診療科間の壁が取り払われていくことも期待できる。

## 2) 病床利用率低下

これについてはA病院の概要は図1に示したとおりである。平成24年には85%以上を維持していた利用率が、平成28年度の終わりには70%を切っている。

## 3) 入院診療について

A病院の一般病床の入院患者について、医療資源投入量を病床機能別境界点(図9)にもとづいて分類を行った。

|       | 医療資源投入量          | 基本的考え方                                                                                 |
|-------|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| 高度急性期 | <br>C1<br>3,000点 | 救命救急病棟やICU、HCUで実施するような重症者に対する診療密度が特に高い医療（一般病棟等で実施する医療も含む）から、一般的な標準治療へ移行する段階における医療資源投入量 |
| 急性期   |                  | 急性期における医療が終了し、医療資源投入量が一定程度落ち着いた段階における医療資源投入量                                           |
| 回復期   |                  | 在宅等においても実施できる医療やリハビリテーションの密度における医療資源投入量                                                |
| ※     |                  | ただし、境界点に達してから退院調整等を行う期間の医療需要を見込み175点で推計する。                                             |

※ 在宅復帰に向けた調整を要する幅を見込み175点で区分して推計する。なお、175点未満の患者数については、慢性期機能及び在宅医療等の患者数として一体的に推計する。

出所：松田晋哉「地域医療構想における病床機能別病床数の考え方」

図9：医療資源投入量病床機能別境界点

その結果、急性期治療の医療資源投入量となる600点以上の患者はわずか39%で、回復期の境界点225点以上を合わせても、全体の67%であった。また、在宅医療での

対応可能とされる 175 点以下の患者が 28%と全患者の 4 分の 1 以上を占めている（図 10）。また、診療行為点数(出来高計算)階層別の患者割合をみると、3,000 点以下の患者が約 60%を占めている（図 11）。

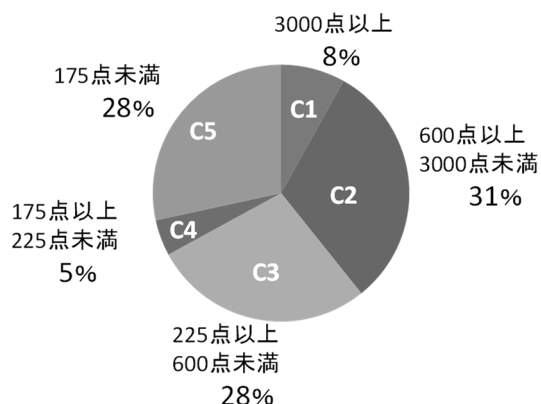


図 10：境界点別延べ患者割合

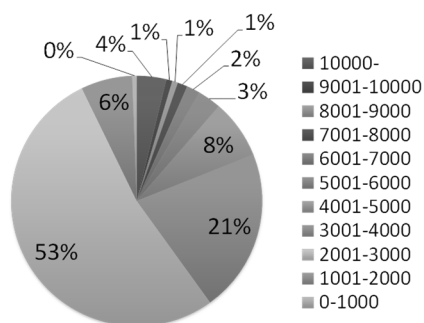


図 11：診療行為点数別延べ患者割合

#### 4）外来診療について

地域医療支援病院の承認取得に向けて、平成 25 年より紹介率、逆紹介アップに本腰を入れて取り組んだ。その結果、紹介率は 2 倍弱、逆紹介率は 2.5 倍以上の増加があったが、5 年間で 5 %程度の外来患者数の減少を来している（図 11）。これは、紹介患者数の増加以上に、逆紹介により地域の診療所へ返す患者が増えていることを示している。

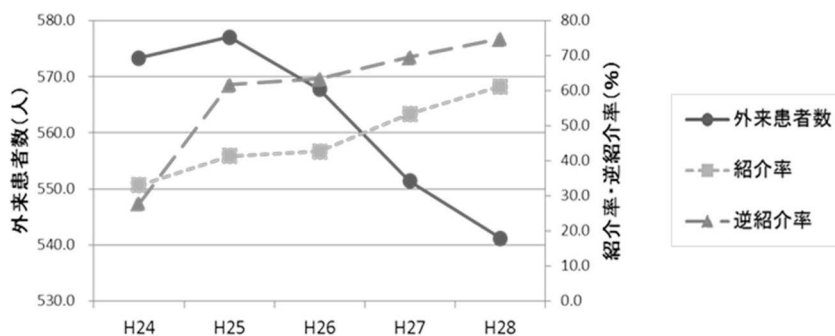


図 12：紹介・逆紹介率と外来患者数の推移

### 5) 医業収支の悪化

ROA は収益性を見る指標の一つで、総資産でどれだけの利益を生み出したかという総合的な経営能力を示している。総資産回転率は、総資産がどれだけの収益に結び付いたかを示している。平成 26 年以降は赤字が続いているため ROA はマイナスとなっていないが、この 5 年間変動の幅は小さく収益性効率としては大きく悪化しているわけではない。しかし、償却前利益率が 5% の低下を示していることから、経営悪化の一番の原因はやはり費用の増大による利益率の悪化にあることがわかる（表 2）。

表 2：ROA と経常利益率、総資産回転率の推移

|              | 平成 24 年 | 平成 25 年 | 平成 26 年 | 平成 27 年 | 平成 28 年 |
|--------------|---------|---------|---------|---------|---------|
| ROA (%)      | 0.01    | 0.00    | -0.03   | -0.02   | -0.02   |
| 償却前経常利益率 (%) | 9.48    | 8.04    | 3.10    | 5.46    | 4.49    |
| 総資産回転率       | 0.67    | 0.71    | 0.70    | 0.70    | 0.69    |

医業収益は、平均在院日数の短縮に伴い、病床利用率の低下はあるものの、入院平均点数の上昇と平成 27 年転換した地域包括ケア病棟の利用率が上がったことにより入院収益は微増、また外来収益についても、患者数の減少はあるものの大きく平均点数が上昇したため、若干の収益増となっている。

しかし、平成 24 年から 28 年の 5 年間で、医業収益の 4% 増に対して、医業費用は 10% 近くの伸びを示しており、平成 26 年度にその差が大きく開き、収支バランスは逆転して、以後 3 年連続でマイナス収支となっている（図 12）。

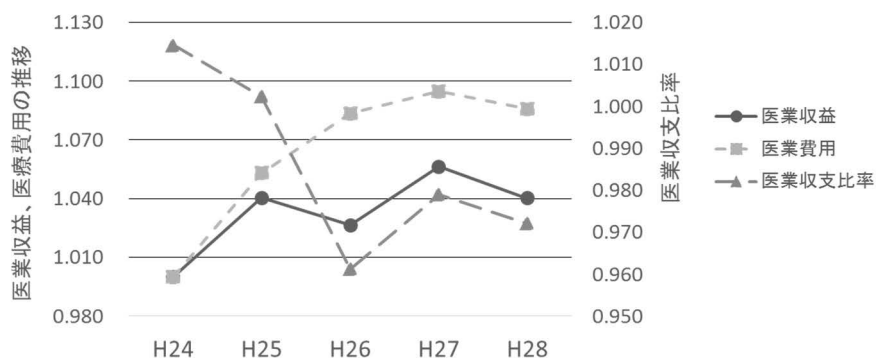


図 12：医療収益、医療費用と医業収支率の推移

医業費用の増加の原因としては給与費、委託費、材料費にあるが、変動費である材料費は、通常患者数に比例して増減するものとされているが、A病院では患者の減少にも関わらず増加していることから、高額医薬品や医療材料の高額化などによるものが考えられる。また、材料費や委託費については平成 26 年度の消費税増税の影響も大きい(図 13)。

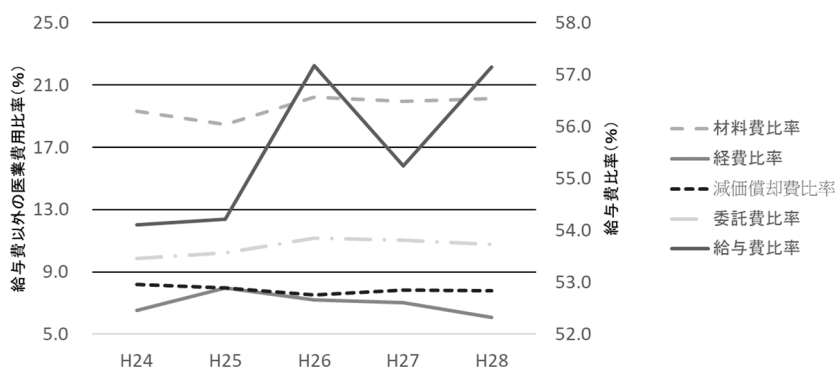


図 13：各医業費用比率の年次推移

給与費比率は平成 26 年度以降 55%を超えており、中でも医師給与費の増加、特に非常勤医師給与費の増加は 25%を超えている。看護師・その他職員についても 10%以内ではあるが増加している(図 14)。

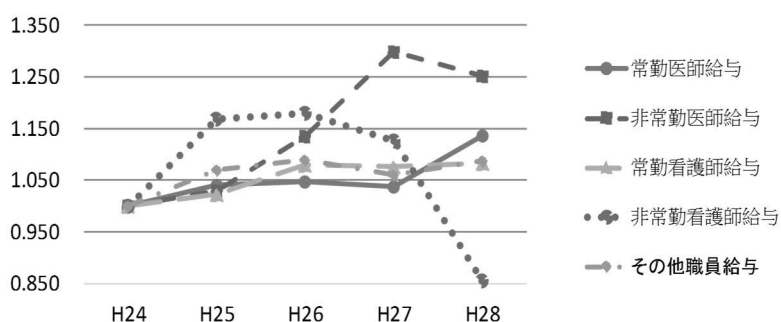


図 14：医師・看護師・その他職員給与の推移

病院では医業収益の約半分を人件費に投資しているため、給与費の増大は業績悪化につながり、一般に給与比率が 50%を超えると業績が悪化、赤字になると言われてい

る。A病院においても図 15 のとおり給与費と医業収支は逆相関関係を示している。

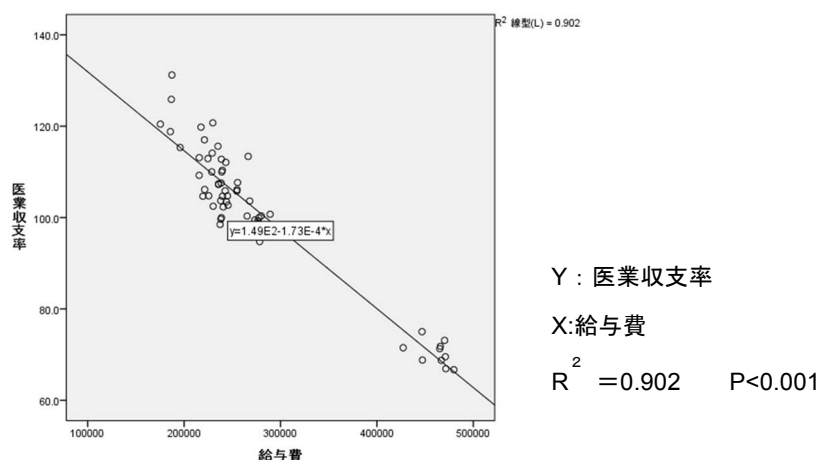


図 15：給与費と医業収支率の相関

厚生労働省による平成 26 年度の調査によると、A病院と同じく公的病院において、恒常的黑字病院の人件費比率は平均 44.5%、中間病院では 53.0%、恒常的赤字病院では 56.8%となっている。A病院の人件費比率は恒常的赤字病院レベルに達しており、何かしらの手を打つ必要がある。行き過ぎた人件費抑制政策は病院のアクティビティを低下させ業績向上の要因にはならないとされているが、現状の診療実績と今後の政策動向を考慮すると、人員の適正配置や有効的活用については再検討の余地がある。

## 2-5. 機会

### 1) 健診需要の増大

国民の健康維持と現代病予防を目的として平成 14 年 8 月に健康増進法が公布された。これは、平成 13 年に政府が策定した医療制度改革大綱の法的基盤とし、国民が生涯にわたって自らの健康状態を自覚するとともに健康の増進に努めなければならないことを規定したものである。都道府県や市町村はこの基本方針を勘案して、住民の健康の増進の推進に関する施策についての計画を定めるよう努めるものとしている。

平成 18 年に制定されたがん対策基本法においては、各都道府県でがん対策推進基本計画を策定し、がん検診の受療率向上に向けた取り組みがなされている。

また、平成 20 年から始まった特定健康診査、特定保健指導（いわゆる「メタボ健診」）では、事業体や市町村における実施率について一定の基準が設けられ、下回った場合

はペナルティが課せられることになっている。

このように、将来の医療費削減に向けて、国民の意識と健診実施率の向上を図るべく様々な政策的な取り組みがなされていくことから、今後も需要の増大が見込める。

## 2) A病院の診療圏における医療需要

A病院が位置するX県のT医療圏は、県の中央部から東部に位置し、9つの市町村で構成される。面積は約660 km<sup>2</sup>、人口約21万人(2015年現在)の地方都市型二次医療圏である。そのうち東の9割をなだらかな高原とその奥の険しい山々が占めており、人口のほとんどが県域の西の端である盆地や河川流域の平野に集中している。

A病院が立地するS市はT医療圏の南西の端に位置しており、西はC医療圏、南にはN医療圏と隣接していて、実診療圏としてはこの3つの医療圏にまたがる形となっている。車で30分圏内の同医療圏内には800床のDPCⅡ群の急性期病院、隣接するC医療圏には医科大学附属病院と民間の100～200床規模の急性期病院が5～6施設あり、急性期医療においては激しい競合地域となっている。

A病院の入院患者は自医療内（T医療圏）から約7割でそのうち市内の患者が7割を占め、全患者の半数が市内在住の患者である。次いでC医療圏から約2割、X医療圏からは1割以下で、その中でも隣接する市町村からの割合が高くなっている（図16）。

これら3つの医療圏における他医療圏への患者流出状況を見ると、T医療圏からC医療圏へ18.7%、逆にC医療圏からT医療圏へ14.8%、T医療圏からN医療圏へはほとんど無く、N医療圏からT医療圏へは11.3%の流出となっている（図17）。

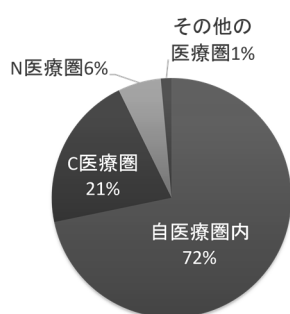


図16：A病院の患者居住地による医療圏割合

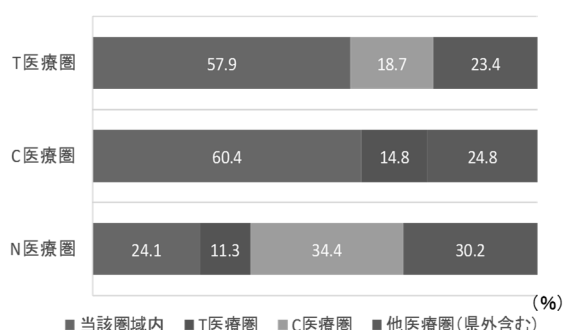


図17：各医療圏の患者流出割合

それぞれの医療圏における2030年までの人口推計と医療需要推計を図18から図20に示した。人口規模はT医療圏を基準に大まかに見ると、C医療圏が1.5倍、N医療圏が約3分の1となっており、65歳以上ではC医療圏はT医療圏のやはり1.5倍であ

るがX医療圏は高齢者割合が高いためT医療圏の2.5分の1となっている。

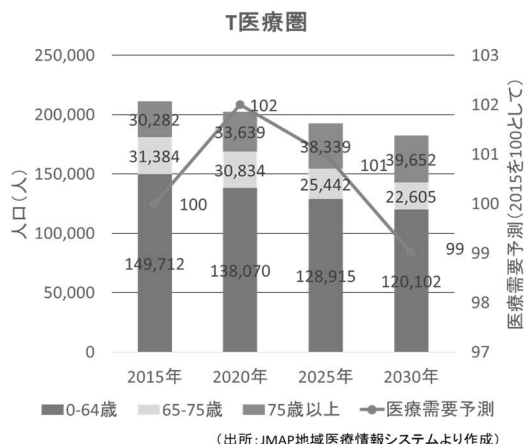


図 18 : T 医療圏の人口推計と医療需要予測

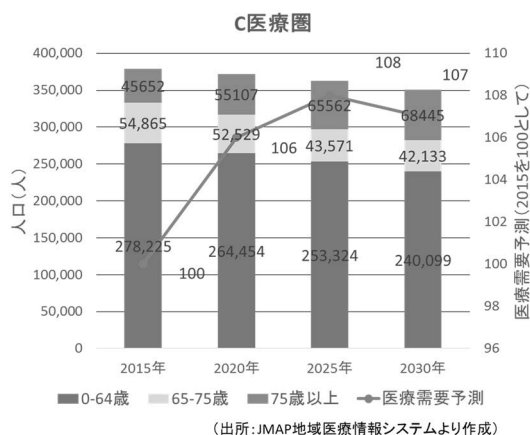


図 19 : C 医療圏の人口推計と医療需要予測

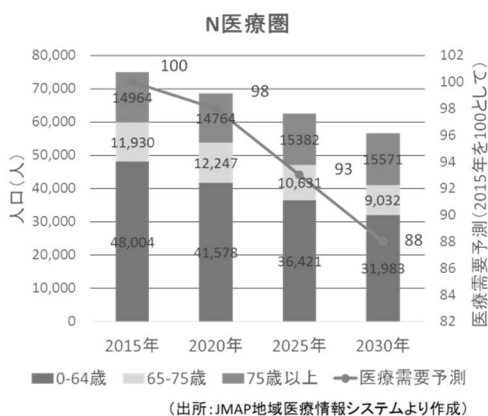


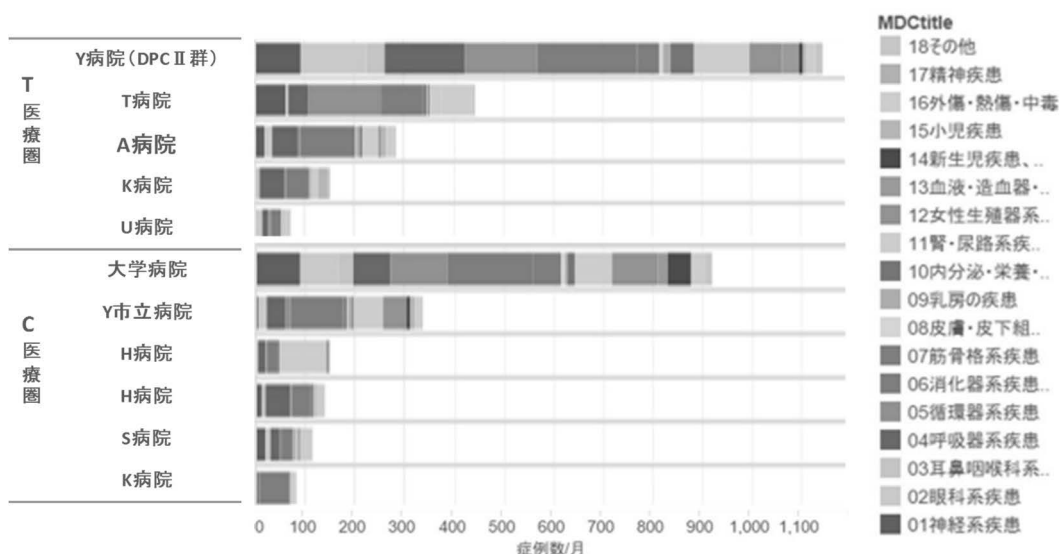
図 20 : N 医療圏の人口推計と医療需要予測

どの医療圏においても 2030 年に向けて人口減少が進んでいくが、高齢者人口はほぼ一定なため医療需要の低下は遅れて起こってくる。N医療圏ではすでに医療需要の減少は始まっているが、T医療圏では 2020 年に向けてはまだ増加、C医療圏では 2025 年までは増加し続ける。N医療圏においては平成 27 年に新たに急性期病院がオープンしたことにより、今後はこの圏域からの患者流入は期待できない。したがって、2025 年に向けては増加を続けるC医療圏からの取り込みをいかに行うかが重要になる。

## 2-6. 脅威

### 1) 競合病院

C医療圏、T医療圏におけるDPC対象病院のMDC分類別患者数をみると（図21）、A病院の患者割合が最も多いMDC06 消化器系疾患とMDC04 呼吸器系疾患においては、自診療圏であるT医療圏では第3位、C医療圏を合わせると第5位となっている。しかし、同規模以下の病院でもA病院と同様に二つのMDC診断群分類において患者割合も多くなっていることから、これらの疾患においては多くの病院での競合状態になっていることを示している。これまでは、A病院の主要疾患である消化器系疾患や呼吸器系疾患について、絶対数の多さで助けられてきたが、人口減少や疾病構造の変化により、今後は競争優位性のある医療サービスや積極的なマーケティングをしないことには、患者確保が難しくなる。



出所：地域医療構想に係る奈良県データ集 奈良県医療政策部地域医療連携課 平成28年3月

図21：C医療圏とT医療圏におけるDPC対象病院の診療実績（平成25年）

### 2) 平成30年診療報酬・介護報酬同時改定

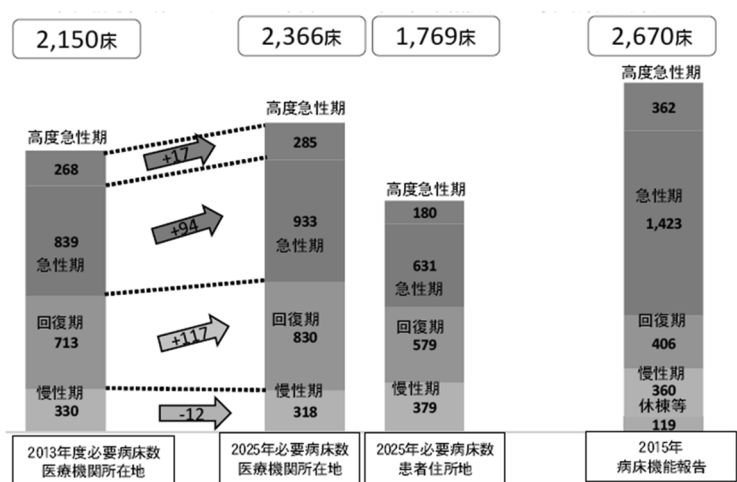
平成30年度の診療報酬改定は、6年に1度の介護報酬との同時改定になるとともに、医療介護総合確保方針、医療計画、介護保険事業（支援）計画、医療保険制度改革など、医療と介護に関わる関連制度の一体改革にとって大きな節目である。2025年に向けて、またその先の人口減少を睨んで、持続可能な医療・介護提供体制の構築に向けた報酬の見直しがなされるとみられている。

入院医療については、主な検討項目の一つである「医療機能の分化・連携の強化、地域包括ケアシステムの構築の推進」において、前回の改定に引き継ぎ7対1病床の厳格化がさらに進められることは間違いない。今までの流れから、重症度、医療・看護必要度においては基準値の引き上げ、又は評価項目の変更、あるいは両方による評価基準が設定されると考えられる。

A病院では、これまで重症度、医療・看護必要度の基準を満たすための方策により、7対1病床の入院利用率が低下し経営的な打撃を受けていることから（図1）、次回改定により更に厳しい状況になることが予測される。

### 3）地域医療構想

人口減少や高齢化が進展する中、いわゆる団塊の世代が75歳以上となる平成37年（2025年）を見据え、地域の実情や患者のニーズに応じて資源の効果的かつ効率的な配置を促し、高度急性期、急性期、回復期、慢性期、在宅医療・介護に至るまで、一連のサービスが切れ目なく、過不足なく提供される体制を確保することを目的に、各都道府県では地域の実情に合わせた医療提供体制の構築に取り組んできた。平成28年3月には各都道府県による「地域医療構想ガイドライン」が策定され、構想区域を定めて将来の医療需要予測をもとに、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の医療機能ごとの必要病床数が示されている。



出所：N県地域医療構想 第3章

図22：T構想区域における2013年度と2025年の医療機能別必要病床数

X県では二次医療圏をそのまま構想区域としており、病床機能報告制度による現在

の医療機能ごとの病床数から、2025 年の必要病床数に向けて、それぞれの医療機能別病床数の増減の必要性が示された。A 病院の属する T 医療圏では、全体で 300 床の減床と、急性期 500 床から回復期への転換を図る必要がある（図 22）<sup>4</sup>。

実現に向けては、調整区域地域医療構想調整会議を定期的に持ちながら、あくまで医療機関の自主的な機能分化の推進を促していくとされているが、機能分化が進展しない場合には、公的病院においては都道府県知事の権限が行使されるとされている。

A 病院は公的病院であるので、7 対 1 病床の利用率低下により事実上の休床状態が今後も続いていけば、病床機能の変更、もしくは減床へ向けての働きかけを受けることとなる。

#### 4）人口減少による患者・職員確保困難

X 県では平成 11 年をピークに人口減少は始まっており、A 病院の診療圏においても生産年齢人口は急速に減少する一方、高齢者人口は 2030 年まで増加を続けると見られている。このため地方の病院では、今後ますます認知症や慢性疾患を始めとする高齢者医療が中心となっていくが、一方では在宅医療の推進が進められていく。在宅医療と病院とで医療職者の争奪戦が繰り広げられる可能性もあり、現行の病床がそのまま稼働を続ければ、病院は医療職者をはじめとする深刻なマンパワー不足に陥る恐れがある。

### 3. A 病院の経営戦略

#### 3-1. SWOT クロス分析による戦略策定

続いて SWOT クロス分析を行い、経営改善のための戦略策定を行った（図 23）。その際考慮したこととしては、まず A 病院の社会福祉法人としての理念と地域医療支援病院としての役割、そして少子高齢化の進展や人口減少、疾病構造の変化とそれに対する国策として地域包括ケアシステム構築の推進が進められていくこと。また、医療費抑制政策が進む中、診療報酬の引き下げなどにより、今後収益の増大が見込めないことから、資源投入ではなく効率性・効果性を高めることなどである。

---

<sup>4</sup> 地域医療構想は、都道府県が構想区域（原則、二次医療圏）を設定、将来の医療需要や病床の必要量についても、国が示す方法に基づき、都道府県が推計を行う。医療機能（高度急性期機能・急性期機能・回復期機能・慢性期機能）ごとに、医療需要（1 日当たりの入院患者延べ数）を算出し、それを病床稼働率で割り戻して、病床の必要量を推計。

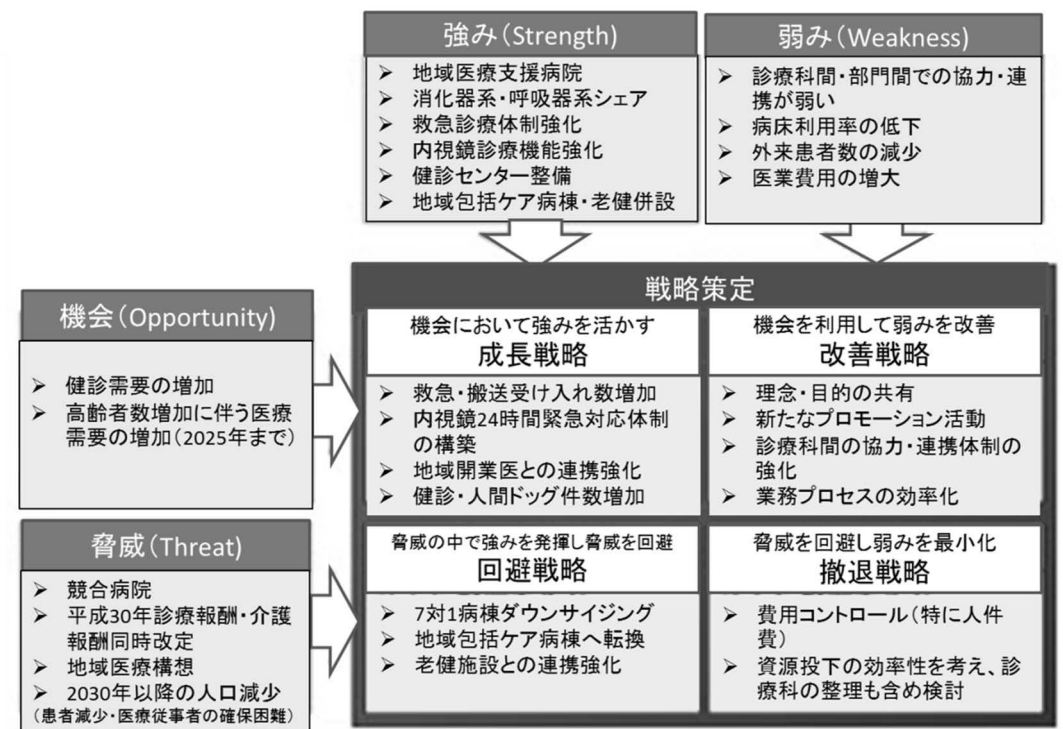


図 23 : SWOT クロス分析による戦略策定

### 1) 成長戦略

A病院は自診療圏において消化器疾患、呼吸器疾患の診療機能に比重が高く、将来に向けて設備投資を行い体制強化を図ってきた。特に消化器内視鏡手術にみられる低侵襲手術の増加を見越し、消化器内科・外科の医師の増加と内視鏡室の拡大を図ったところである。また、地域支援病院として救急診療体制の強化も行った。これらの資源投資を強みとして、今後高まる高齢者の医療需要と地域包括ケアシステム構築や健診ニーズの高まりを機会として成長戦略を考えるならば、他院との差別化を図るという意味で、24 時間常時緊急内視鏡が実施できる体制を整えることが望ましい。

また、今後の高齢者医療需要の増加にともない、内科を中心にして肺がんや肺炎、慢性呼吸器疾患を中心とした高齢患者の救急受け入れを強化することや、次いで救急搬送数の多い外傷患者の受け入れも、今後の高齢化を考えると重要である。特に高齢者の転倒による骨折や頭部外傷などの救急搬送は、年々増加傾向である。いずれにしても、A病院の強みを活かした急性期医療体制の強化を図っていくことが、成長戦略としては必要である。

### 2) 改善戦略

成長戦略でも述べたように今後、高齢者の救急搬送件数の増加などに備え、地域医療支援病院としてはこれまで以上に受け入れ体制を強化しなくてはならない。しかし、ここ3年で人件費が増大しているにもかかわらず、医業収益的にはそれに見合った効果が現れていない。「医療機関、特に急性期の患者を広い診療圏から集めることにおいて競争力に欠ける中小病院の経営戦略としては、これまでのように医業収益の拡大を前提に人材のさらなる投下による単価の獲得という「高コスト・高収益モデル」からの転換が求められている。」と白木（2016）が述べているように、今後は人を増やすことなく個々の能力の向上や診療科や部署、部門を超えた連携・協力体制を強化するなど、病院全体として効果性・効率性を高めるよう取り組むことが重要である。

### 3）回避戦略および撤退戦略

回避戦略および撤退戦略としては7対1病床のダウンサイジングまたは地域包括ケア病床への転換と、それに伴う医師・看護師の人員削減案を提案する。ダウンサイジングが必要となる根拠としては、医療資源投入量から考えて回復期にある患者や在宅復帰に向けて退院調整を行う患者、在宅療養が可能な患者が7対1病床の半数以上を占めているという実態があることである（図9）。これらの患者は早期に退院調整を行うとともに、退院困難な患者については地域包括ケア病床などのポストアキュート機能のある病床で、リハビリテーションをはじめとする多職種連携のもと、在宅復帰支援を行うことが望ましい。

加えて、今後も続くであろう7対1病床に対する厳格化を踏まえれば、空床分の50床、思い切って100床のサイズダウンを行い、地域包括ケア病床へ転換するのも、戦略の選択肢としてはあり得る。また、ここ数年の人員増加と人件費の増大に対してもダウンサイジングに伴う人員削減を行うことで、収支の改善が図れる。

そこで、次章では病床再編について3つのモデルを示し、収支シミュレーションを行ってどの程度の改善効果があるかについて検討を行う。

## 3-2. 3つの病床再編モデルによる収支シミュレーション

回避戦略である病床再編については、3パターンの病床再編モデルによる医業収支シミュレーションを行い、比較検討を行う。

3つの戦略モデルとは（図24）、

- ① 再編モデル1：一般病床50床のダウンサイジング
- ② 再編モデル2：一般病床50床を地域包括ケア病床50床に転換した場合
- ③ 再編モデル3：上記①と②を同時にした場合、すなわち一般病床100床のう

ち 50 床を地域包括へ転換、残り 50 床はダウンサイジング

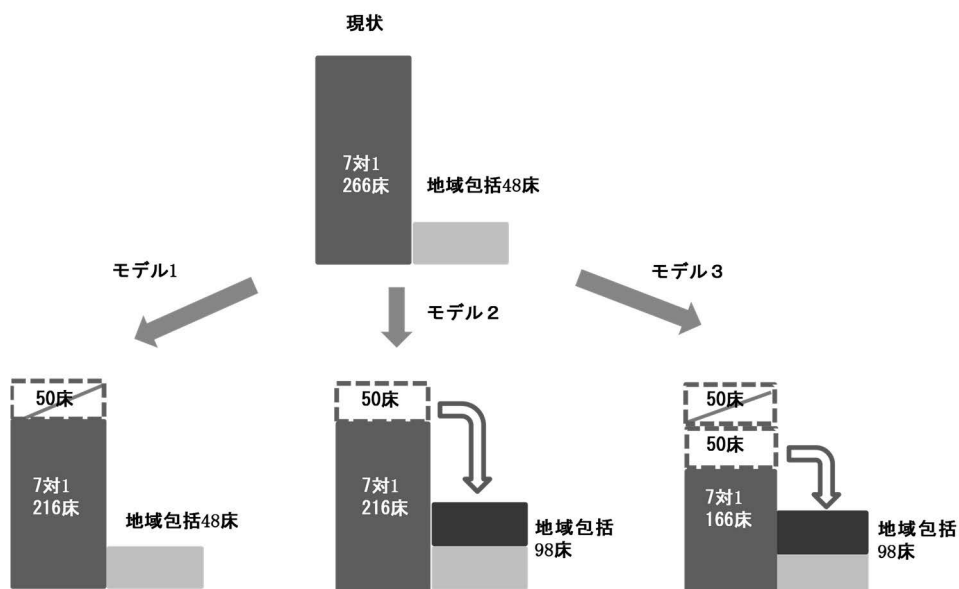


図 24 : 3 つの病床再編モデル

A病院の一看護単位は病棟の構造上、主として 50 床となっているため、便宜上ダウンサイズおよび転換を考える際も 50 床単位とした。

シミュレーションの前提条件として、一般病床は 7 対 1 を維持、転換は地域包括ケア病棟を選択することとする。また現在の地域包括ケア病棟の平均病床利用率は 75% に留まっているので、モデル 1 では満床まで 1 日あたり 10 人、7 対 1 病床の診療行為点数の低い患者が地域包括病棟に転棟していたものと仮定して、診療報酬点数の差額を算出する。モデル 2 および 3 の地域包括ケア病床へ転換した 50 床へは、7 対 1 病床診療行為点数の低い患者で満床になるまで転棟していたと仮定して算出する。

地域包括ケア病床の看護師配置は 10 対 1 とし、4 週 8 休制で計算、また、医師数については全病床数に対する必要数で考えることとし、7 対 1 病床の場合では患者数の 10% 以上となっていることから、単純に全体でサイズダウンする病床数が 50 床なので 4 人の人員削減とした。

地域包括ケア病床の患者一人当たり平均点数は、A病院の平成 28 年度実績から 3,200 点、また看護師平均給与費 500 万円、医師平均給与費 1,500 万円として試算を行った。また患者個々の診療行為点数には A 病院の 2 か月分の DPC データを使用し、年間増収額の算出はそれを 6 倍して得た数字とする。

表 4 : 3 つの病床再編モデルのシミュレーション比較

|                             | モデル 1                                                            | モデル 2                                                             | モデル 3                                   |
|-----------------------------|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| 7 対 1 病床                    | 50 床減床                                                           | 50 床減床                                                            | 100 床減床                                 |
| 地域包括ケア病床                    | —                                                                | 50 床増床                                                            | 50 床増床                                  |
| 仮定                          | 7 対 1 病床の診療行為点数の低い患者延べ 600 人が地域包括ケアに入院していたと仮定 (1 日当たり 10 人×60 日) | 7 対 1 病床の診療行為点数の低い患者延べ 3000 人が地域包括ケアに入院していたと仮定 (1 日当たり 50 人×60 日) | 同左                                      |
| 上記の患者の 7 対 1 病床での診療行為点数合計…① | 1, 127, 822 点                                                    | 6, 766, 647 点                                                     | 同左                                      |
| 上記の患者の地域包括ケア病棟入院料…②         | 3, 200 点 × 600 =<br>1, 920, 000 点                                | 3, 200 点 × 3, 000 =<br>9, 600, 000 点                              | 同左                                      |
| 点数の差 ②－①                    | 792, 178 点                                                       | 2, 833, 353 点                                                     | 同左                                      |
| 年間増収額…㉗                     | 792, 178 × 6 × 10 =<br>47, 530, 680 円                            | 2, 833, 353 × 6 × 10<br>=170, 001, 180 円                          | 同左                                      |
| 7 対 1 病床減床による看護師削減数…③       | 50 × 3 ÷ 7 × 1.4 =<br>30 人                                       | 同左                                                                | 30 人×2=60 人                             |
| 地域包括ケア病棟増床分の必要看護師数…④        | —                                                                | 50 × 3 ÷ 10 × 1.4 =<br>21 人                                       | 同左                                      |
| 差し引き看護師削減数③－④               | 30 人                                                             | 9 人                                                               | 39 人                                    |
| 看護師給与費削減額…㉘                 | 5, 000, 000 円 × 30 =<br>150, 000, 000 円                          | 5, 000, 000 円 × 9 =<br>45, 000, 000 円                             | 5, 000, 000 円 × 39 =<br>195, 000, 000 円 |
| 全病床数減床による医師削減数              | 4 人                                                              | —                                                                 | 4 人                                     |
| 医師給与費削減額…㉙                  | 15, 000, 000 円 × 4<br>=60, 000, 000 円                            | —                                                                 | 15, 000, 000 円 × 4<br>=60, 000, 000 円   |
| 総増益額 ㉗+㉘+㉙                  | 約 257, 000, 000 円                                                | 約 215, 000, 000 円                                                 | 約 425, 000, 000 円                       |

地域包括ケア病棟を満床で稼働させ、一般病床を 50 床ダウンサイジングするモデル 1 は、7 対 1 病床から地域包括ケア病床へ患者を移すことにより得られる差益は 4 千 700 万円と小さいが、看護師および医師の人員削減により約 2 億円のコストカットとなり、合わせて年間約 2 億 5 千万円の増益となる。

モデル 2 は一般病床 50 床を地域包括ケア病棟に転換、病院全体としてのサイズダウンはないため、看護師の人員削減によるコストカットは 4 千 500 万円と小さいが、7 対 1 病床の診療行為点数の低い患者を新たに転換した地域包括ケア病棟に満床になるよう移すことで、年間 1 億 7 千万円の収益増となり、合わせて年間約 2 億 1 千万円の増益となる。

またモデル 3 は、半分の 50 床は地域包括ケア病棟に転換しても、7 対 1 病床のサイズダウンが多い分だけ、看護師および医師の人員削減が大きく、約 2 億 5 千万円のコストカットとなるだけでなく、モデル 2 と同様に地域包括ケア病床に患者を移すことにより年間 1 億 7 千万円の増収となることから、合わせて年間約 4 億 2 千万円の増益が見込まれる。

以上 3 つのモデルによるシミュレーション結果の比較（表 3）から、最も経営改善をもたらすのはモデル 3 であり、他のモデルと比較して 1 億 5 千万円以上の差があった。

## 4. 考察

A 病院の 7 対 1 病床の患者内訳では、ポストアキュートあるいはサブアキュートとみられる、医療資源投入量 600 点未満の患者が 6 割も入院している実態があることがわかった。そのような患者には退院を促すか、退院がすぐに無理であれば在宅復帰支援機能を備えた地域包括ケア病床への転棟が望ましいところであるが、7 対 1 病床の利用率の更なる低下とそれによる収益の悪化を懸念して、積極的に行えずにいる。しかし一方では、7 対 1 病床の重症度、医療・看護必要度を 25% 以上、地域包括ケア病床では 10% 以上<sup>5</sup>をキープしなくてはならないこともあり、そこは診療報酬点数と重症度、医療・看護必要度を睨みながらの、地域包括ケア病床への転棟を含めた退院調整が行われている現実がある。

本来患者の状態とニーズに応じた、医療サービスと病床や人員などの医療資源の配分が行われなければならないにも関わらず、7 対 1 病床を維持することが第一義的と

---

<sup>5</sup> 平成 28 年度診療報酬改定では、地域包括ケア病棟入院料 1 の施設基準として、重症度、医療・看護必要度の要件は A 項目 1 点以上の患者、または C 項目 1 点以上の患者割合が 10% 以上となっている。

なっていることから、A病院の診療圏の医療ニーズにより適した形の病床再編について模索・検討する段階にきている。すでに述べてきたとおり、A病院は地域支援病院としての役割として急性期医療を中核機能としなくてはならないことと、患者の大半は高齢者であることから、現在の7対1病床と地域包括ケア病床のバランスのバリエーションを3つのモデルとし、それぞれの入院料収益と人件費から医業収支がどのように変化するかシミュレーションを行うこととした。

シミュレーション結果より、総病床数としてはサイズダウンにならないパターン2は、人件費のコストカットが最も少なかった分、経営改善効果は最も小さかった。しかも、7対1病床が200床以上あるため、7対1病床の利用率自体がどれだけ高くなるかも不安が残る。A病院のこれまでの傾向から、7対1病床の稼働が上がらない限り、地域包括ケア病床の稼働も上がる見込みは少ない。地域包括ケア病床を増やしても稼働しなければ、単に人員削減によるコストカット分の増益だけに留まり、経営改善戦略としては効果はほぼない。

一方、最も増益が見込まれモデル3については、7対1病床を100床サイズダウンするということで、踏み切るにはかなりの勇気が必要になるが、押し出し的にでも地域包括ケア病床の稼働はある程度確保できる。万が一、一般病床が満床に近くなってきた場合は短期滞在手術料3の患者を地域包括ケア病棟で受けることで、緊急入院に備えて空床を確保することもできる。また、成長戦略としてさらに救急診療や急性期医療に注力することで、少なくなった7対1病床を高稼働させることとなり、更に在院日数が短縮し患者一人当たりの平均点数も上がるため、ベッド1床当たりの収益性は高まるとみている。

今回のシミュレーションは、7対1病床の診療報酬点数の低い患者を地域包括ケア病棟に移した場合の増益差額と、病床再編による看護師および医師人件費の削減数とで行った単純なモデルである。特に、満床を前提として2か月間の診療行為点数のワースト3,000人の患者の診療行為点数と、地域包括ケア病床の3,000人分の診療報酬点数との差で収益を算出している点では若干無理がある。さらに地域包括ケア病棟の他の機能である、サブアキュート機能や周辺機能として活用した場合の必要病床数や医業収支の試算については全く考慮していない。したがって、実際の検討段階では7対1病床と地域包括ケア病床のそれぞれ機能を自院としてどう使い分けるのかについて、話し合いを持ち共通認識を得た上で、さらに現実的で厳密なシミュレーションが必要である。

## 5. まとめ

A病院の平成24年から平成28年までの5年間の各種経営データの分析と、経営課題の把握および経営改善のための戦略策定および、3パターンの病床再編モデルによる医業収支シミュレーションを行った。

診療実績においては、平成24年、26年、28年と次第に厳しくなる7対1病床削減政策の、特に平均在院日数と重症度、医療・看護必要度の基準に大きく影響を受け、平均在院日数の短縮化が進み病床利用率が大きく低下した。また、地域医療支援病院承認による紹介・逆紹介の促進により、外来患者数が減少した。入院平均単価と外来平均単価の増加により、患者数の減少分を補完することで辛うじて減収を免れてはいるが、年々増大する給与費を始めとする医業費用により、平成26年以降経営が悪化した。

A病院の7対1病床の診療実態としては、診療行為点数3,000点以上のいわゆる急性期の治療を受けている患者は全体の40%程度で、総診療点数3,000点未満の患者が半数を占めることから、医療ニーズからも経営的視点からも、7対1病床数と地域包括ケア病床数のバランスについて再考が必要であると考えた。

そこで、経営改善のための戦略として7対1病床の再編シミュレーションを行ったところ、7対1病床50床のダウンサイジングと50床地域包括ケア病棟への転換においては同程度、50床の転換と50床のダウンサイジングを同時に行うことで、最も大きな増益効果があることがわかった。

病床再編は大きな経営改革であり、実施に当たっては自院の理念や経営方針、患者満足や職員満足を常に念頭に置くことを忘れてはならない。しかし、病院はいくら営利を追求する組織ではないとはいえ、経営が安定し一定の利益が確保できなければ、目指したい医療も成し得ないのである。そのことを踏まえ、経営実績や財務状況と診療圏の医療ニーズを分析した上で、医療を取り巻く様々な外部環境の変化にも柔軟に対応しながら、常に未来志向で意思決定していくことが重要である。

## 謝辞

最期に、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、小山秀夫教授、筒井孝子教授、鳥邊晋司教授、藤江哲也教授に熱心かつ丁寧なご指導を頂き、厚く感謝申し上げます。また、兵庫県立大学大学院経営研究科医療・介護マネジメントコースの多くの教員の先生方、同級生の皆様に多くの教えと支えを頂きました。重ねてお

礼申し上げます。

### 参考文献（引用文献を含む）

- [1] 井上貴裕 (2016)『戦略的病院経営マネジメント 財務分析・管理会計』清文社。
- [2] 白木秀典 (2016)「7 対 1 病床経営モデルからの転換－ダウンサイジングの必然－」佐賀大学経済論集、49 巻 3 号 55 -86 頁。
- [3] 白木秀典 (2015)「転換期を迎えた病院の経営－最近の一般病院の経営分析データからの考察－」保健医療経営大学紀要、8 号 47-56 頁。
- [4] 日本政策投資銀行、日本経済研究所（監修・編集）「医療経営データ集 2016」日本医療企画。

### 参考ホームページ

- [1] 厚生労働省ホームページ 中央社会保険医療協議会  
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/shingi-chuo.html?tid=128166> （2017 年 7 月 2 日アクセス）
- [2] 松田晋哉 地域医療構想における病床機能別病床数の考え方  
<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokyokushouga-ihokenfukushibu-Kikakuka/0000129669.pdf> （2017 年 7 月 4 日アクセス）
- [3] 地域医療構想に係る奈良県データ集 奈良県医療政策部地域医療連携課 平成 28 年 3 月  
[http://www.pref.nara.jp/secure/158618/kousou\\_data1.pdf](http://www.pref.nara.jp/secure/158618/kousou_data1.pdf) （2017 年 7 月 5 日アクセス）
- [4] 地域医療情報システム  
[http://jmap.jp/cities/detail/medical\\_area/2902](http://jmap.jp/cities/detail/medical_area/2902) (2017 年 6 月 13 日アクセス)
- [5] 地域包括ケア病棟協会ホームページ  
<http://chiiki-hp.jp/gaiyou/> （2017 年 7 月 7 日アクセス）
- [6] 独立行政法人医療福祉機構ホームページ  
<http://www.wam.go.jp/content/wamnet/pcpub/top/> （2017 年 8 月 2 日アクセス）
- [7] 奈良県地域医療構想 奈良県公式ホームページ  
<http://www.pref.nara.jp/41029.htm> （2017 年 7 月 6 日アクセス）
- [8] 日本医師会総合政策研究機構

<http://www.jmari.med.or.jp/> (2017 年 6 月 13 日アクセス)

[ 9 ] 日本病院会ホームページ 病院概況調査報告書

<https://www.hospital.or.jp/> (2017 年 7 月 7 日アクセス)