



## 慶應義塾大学ビジネス・スクール

# 熊本急性期病院

熊本県の地域医療計画によれば、人口約 67 万人の熊本市を含む熊本二次医療圏では、基準病床 10415 床に対し既存病床は 12016 床となっており、15%の病床過剰である。人口 10 万人当たりの病床数は全国で 4 番目に多い（2001 年 10 月時点）。県庁所在地である熊本市には規模で随一を誇る熊本大学病院（850 床）があり、その周辺には多くの病院が集まっていて周辺地域から患者を受け入れる、という地方中核都市の典型的な姿がそこにある。同医療圏の病院数は 95、診療所が 550、地域の中核的医療を担う病院は 7 つある。大学病院以外の中核病院は約 300 から 500 床と飛びぬけて大規模な病院というものは存在しない。

1990 年代に入ると市内中心部にあった中核病院が次々熊本市南東部に新築、移転し、新築の病院が連なる国道 57 号線東バイパスは「病院街道」と呼ばれるようになった（熊本市周辺の病院所在地については添付資料参照）。熊本市もかつては、他の地方都市でよく見られるように、各病院が“総合病院”の看板を掲げていて病院間で診療科の重複が数多くあったが、この頃を契機に病院間、あるいは病院・診療所間において疾患別に地域内で役割分担し、相互に連携しながら医療行為を行う病院の機能分化・病診連携の取り組みが本格化した。この取り組みは「熊本方式」と呼ばれ、現在では地域医療連携の先進事例として全国の医療関係者らから注目されるようになっている。病床過剰の激戦区でありながら、急性期病院は短い平均入院日数、高いベッド稼働率を維持している。

## 熊本脳卒中ネットワーク

「熊本方式」と称される医療連携システムはまず、脳卒中の診療体制の改革として始まった。従来の脳卒中の診療体制では、急性期病院での治療は長く、リハビリ病院へ転院するのは発症し

---

本ケースは、クラス討議の資料とするために、慶應義塾大学経営管理研究科余田拓郎教授の下、同大学博士課程鳥越敦子によって作成された。経営管理の巧拙を記述したものではない。

本ケースは慶應義塾大学ビジネス・スクールが出版するものであり、複製等についての問い合わせ先は慶應義塾大学ビジネス・スクール（〒223-8526 神奈川県横浜市港北区日吉 4 丁目 1 番 1 号、電話 045-564-2444、e-mail: case@kbs.keio.ac.jp）。また、注文は <http://www.kbs.keio.ac.jp/> へ。慶應義塾大学ビジネス・スクールの許可を得ずに、いかなる部分の複製、検索システムへの取り込み、スプレッドシートでの利用、またいかなる方法（電子的、機械的、写真複写、録音・録画、その他種類を問わない）による伝送も、これを禁ずる。

Copyright© 余田拓郎・鳥越敦子（2009 年 4 月作成）

てから2〜3ヶ月後というのが常であった。転院する頃にはすでに全身の機能が低下する廃用症候群に至っている場合が多く、リハビリの効果はあがらずに、結果的に患者は寝たきりになってしまう、ということが多々あった。

ところが、治療法の進歩によって、脳卒中は迅速に高度な治療を受け、適切にリハビリを行えば、ほとんど後遺症にならなくてすむことがわかってきた。「迅速な診療、リハビリが鍵。ならばそれを実践できるような体制を整えなければならない」（日経ヘルスケア 21 2005.6）、熊本市民病院神経内科部長、橋本洋一郎氏はそう考え、取り組みを始めた。1995年に市内、近郊の急性期病院、リハビリ病院などの医師達で研究会を発足させた。だが発足当初は、研究会に参加する医師の勤務先病院から「早期に患者を転院させればベッドが空いてしまう」と抵抗があった。急性期病院は急性期治療に集中し、ベッドが空いた分新規入院を増やす努力をするという方針を確認して理解を求めていった。連携するリハビリ病院については、熊本市周辺には多数のリハビリ病院があり数では困らなかったものの、実際にはベッドコントロールが非効率であったり、事前受診などで時間がかかったりしたために、スムーズな転院がなかなか実現しなかった。その解決策として、協議の上で転院前事前受診を廃止し、「電話一本一週間以内」を目安に転院先の空きベッド照会でもっとも早く回答してきた病院に転院させるというルールをつくって強行した。その結果瞬く間にリハビリ病院の受け入れ態勢が改善されるようになった。熊本市周辺の開業医や病院医師の多くが同じ熊本大学医学部の出身者で話が通りやすいということも手伝って、1998年頃にはネットワークは軌道に乗り始めた。しかしそれまでの間、せっかくリハビリ病院に転院した患者が退院して自宅に戻った後、再び急性期病院に戻ってきてしまうということもあった。かかりつけ医、急性期病院、リハビリ病院間で協議を進め、患者の状況について投薬内容や転院先なども含めて相互に報告することを明確にルール化した。治療内容がかかりつけ医にもきちんと共有され、病院退院後も患者が安心して治療に取り組めるよう、かかりつけ医にまで治療方針が周知されるよう3者間で情報が共有される体制を構築した。

ネットワークづくりの効果は、臨床指標にも表れた。熊本市民病院の神経内科の平均在院日数はネットワーク構築前に20〜40日であったのに対し、構築して3年くらいすると約14日まで短縮された。入院患者数は約350人から600人超へと増加した。リハビリ病院でも早期にリハビリ開始が可能になったことで回復までの時間が短縮し、熊本機能病院では在院日数は約4ヶ月か3ヶ月へ短縮した。「脳卒中診療に対するモチベーションがあがった。急性期病院の医師は急性期治療に集中でき、リハビリ病院の医師は早期にリハビリを行えるようになったのだから」（日経ヘルスケア 21 2005.6）と橋本氏は語る（概要は添付資料参照）。

## 大腿骨頸部骨折シームレスケア研究会

大腿骨頸部骨折は全国で約 14 万例発生し、寝たきりになる原因として脳血管障害に次ぐ 2 位となっている。また、リハビリ期間が長いこと、急性期病院とリハビリ病院への連携が不可欠であった。国立病院機構熊本医療センターの統括診療部長の野村一俊氏の呼びかけにより、地域の急性期病院、リハビリ病院、診療所などが参加して 2003 年 10 月「大腿骨頸部骨折シームレスケア研究会」という疾病別ネットワークが設立された。

国立病院機構熊本医療センターは 1990 年に地域医療連携室を開設している。1992 年宮崎久義氏が院長に就任して以降、さまざまな取り組みの指揮を執った。地域医療連携については、熊本市医師会との協議を行い、1996 年には「開放型病床<sup>[1]</sup>」を設置した。だが、当時はまだ連携の形だけで実質を伴っていなかったと野村氏は振り返る。

「施設間の連携は患者さんを移動させることに重きがおかれた医療機関主体の連携で、患者中心の医療ではありません。患者さんを中心に据えた連携のためには、患者さん一人ひとりの医療計画、つまり疾病別の連携が必要です」（月刊保険診療 2006. 1）と語る。

連携に取り組んでいた 1998 年頃、院内ではクリティカルパス<sup>[2]</sup> 開発の取り組みも始まっていた。クリティカルパスの導入は、日本ではあいまいな退院基準を明確に設け、それに向かって医療を組み立てていく手法であり、明確な基準や目標を設定することで医療の透明性や、患者の意欲に寄与し、医療の質・効率の向上に期待が集まっていた。しかし、せっかくパスをつくっても患者の転院と同時にそれが崩れてしまうことになり、一病院単独の取り組みではクリティカルパス導入においても壁があることを野村氏は感じた。急性期病院からの退院で完結するのではなく転院後の診療までを含めた入院→退院・転院→在宅のパスが必要であると考えた野村氏は、1999 年大腿骨頸部骨折の「地域連携クリティカルパス」作成に着手した。まず医療センターと連携先リハビリ病院でパスを共有することから始め、転院もスムーズになり在院日数の短縮という効果もあがった。このパスを元に人工膝関節置換術、頸椎椎弓形成術など 11 疾患の連携パスも完成した。ところが連携パスが使用されるようになってみると、今度は受け入れ先のリハビリ病院でパスのない患者とある患者が混在し、治療方針にばらつきが出るのが問題となった。そのため、

<sup>[1]</sup> 病院に登録した診療所のかかりつけ医に開放した病院の病床を指す。開放型病床に入院した患者をかかりつけ医が訪問し、病院の医師と共に治療にあたる。患者は退院後、引き続きかかりつけ医のもとで治療を受ける。かかりつけ医と病院の医師が情報を共有することで、患者は退院後も一環した治療を受けることができる。

<sup>[2]</sup> 医療のスケジュール表のことで、一定の疾患を持つ患者に対して EBM（Evidence Based Medicine）に基づいた入院指導、入院時オリエンテーション、検査、食事指導、安静度、退院指導などがルーチンとしてスケジュール表にまとめてあるもの。生産工程管理の手法に由来。インフォームドコンセント、院内の運営管理の目的などで使用される。

リハビリ病院の情報も吸い上げ、他の急性期病院とも共有できる地域ネットワークに基づく標準的な連携パス作りに取り組むことになったのである。

研究会の月1度の会合では、治療方針の統一、連携パスの作成・改訂が行われている。医療センターをはじめ、済生会熊本病院、熊本中央病院など急性期病院4施設と回復期リハビリ病院、  
5 在宅医療を担う診療所など合計10施設が参加している。さらに連携パスを電子化したことで症  
例分析の効率化にもつながり、在院日数が基準より長引いた原因を分析して課題を明らかにする  
ことが可能になった。また結果として、平均的な医療費を把握できるようになって病院の経営管  
理へのメリットにもつながった。今はまったくのボランティア精神でやっているという野村氏で  
あるが、連携パスの適用が可能な症例はまだあると考えている。

10

## 社会福祉法人恩賜財団済生会熊本病院

済生会熊本病院は先進的な取り組みで全国にその名を知られる病院であり、熊本の先進的な地  
域医療連携の取り組みにおいても常に中心的な存在である。「救急・救命と高度・専門医療を提  
供する」ことを主たる機能とし、循環器系や脳、消化器系の専門医療を中心に、紹介患者を受け  
15 入れてきた。脳や心臓、消化器等重要臓器に特化したうえで、臓器別のセンター制をしいている。  
心臓の専門医は31名在職しているが、眼科、皮膚科、歯科といった診療科はない。1995年に南  
部へ移転し、同じ年に須古博信氏が院長に就任した。地域の病診連携への取り組みについては、  
1992年に病診連携課を新設、熊本病院と他4病院で「病診連携会議」を始め、年に2回2005年  
20 までで25回の会議を開催している。

熊本病院の患者受入に対する考え方は、「紹介患者が一番望ましいのは確かだが、フリーアク  
セスである以上、どんな患者も分け隔てなく受け入れている」（日経ヘルスケア 21 2003.7）と  
いうものである。そのため紹介状のない初診の外来患者も受け入れている。救急への取り組みも  
25 「ストップ・ザ・たらい廻し」をうたい積極的である。1989年には混合外科病棟（現在の救急セ  
ンター）を開設し、熊本で最も早くモービルCCU（ドクターカー）も導入した。年間の救急車搬  
送数は約6000にのぼる。救急患者は重篤な患者が多く、なかなか退院できないケースが出てきた。  
転院させようとしても、適当な受入先が見つけれない。次第にベッドが回転しなくなり、救急  
搬送の受入もストップせざるを得ない事態が起こるようになった。一部の患者からは「熊本病院  
30 ではすぐに追い出される」と苦情が出るようになり、また転院先の医療機関からは「もっと早く  
リハビリをさせないのか。どうにもならない状態になってから転院させている」と批判が出た。  
さらに、せっかく退院、転院させた患者が再び熊本病院へ戻ってきてしまうといったことも起こっ

ていた。このままでは患者、受け入れ医療機関双方の信頼を失うことにつながりかねないと思われた。

こうした事態を受けて熊本病院では、紹介患者の受入（前方連携）から患者の転院、病院・診療所への逆紹介（後方連携）に注力するようになっていった。たとえば、慢性呼吸器不全や慢性心疾患の連携の場合、受け入れ先の病院では、呼吸器科がある、レスピレーター（人工呼吸器）がある、呼吸療法士がいるなど受け入れ条件のハードルが高くなる。受け入れ側の病院としては、それに対応するための設備投資にはなかなか踏み切れないのが現状であり、一方熊本病院の側からも、受け入れ先の病院の体制を確認できなければ患者を任せられない。そこでまず、病診間でお互いを知らなければ患者にとって本当によい連携ができていないのかかわからないということで「連携施設情報共有誌」を発行することにした。またあわせて「感染症とどう取り組むか」「脳卒中患者のリハビリのあり方」といったテーマで年80回ほどのカンファレンスを開き、地域医療機関のレベルアップにも取り組んだ。共有誌では、自らの病院・病院施設でできることとできないことを公開し、以後1997年と2004年に改訂を行った。当初は80の病院の情報が寄せられたが、改訂時には180施設、398施設と参加する医療機関は増加していった。熊本病院ではこのような活動を通して適切な医療を受けられる受け入れ医療機関の確保に取り組んだ。こうして熊本病院は、徐々にではあるが紹介先の医療機関から「自らの病院・診療所にメリットをもたらす病院」として認められるようになり、またリハビリ病院の方でも、以前なら受け入れられなかったレスピレーター（人工呼吸器）付きの患者を受け入れられるといった改善が見られるようになって来た。そして、前方連携である病院・診療所からの熊本病院への紹介患者数も増加していったのであった。熊本病院では、周辺医療機関への高額医療機器の共同利用システムを構築し、2000年には開放病床も10床設置した。さらに2003年には看護分野で、2004年には理学療法の分野でも連携会議を発足させ施設間の連携から職種間連携へと取り組みをすすめている。

ところで、熊本病院では1995年に須古院長が米国でクリニカルパスに触れたことをきっかけに、1996年より院内のクリニカルパス導入に取り組みを始めている。須古院長は日本クリニカルパス学会理事長であり、当病院はクリニカルパス導入の先駆けとして日本では指導的立場にある。パスは150～160あり、退院患者へのパスカバー率は50%程度で、国内では高い水準にあるという。そしてクリニカルパスの医療プロセス管理は医療の質の管理につながるという点に着目し、院内にTQM（Total Quality Management）センターを設置した。様々なトレーニングを受けた専従の職員で構成されたセンターの設置によりクリニカルパスの中身の見直しとともに、治療成績の向上もみられるという。患者の在院日数が短縮され、無駄な投薬などが見直されたことから治療費の抑制にもつながった。

「紹介患者を中心とした運営を進める以上、地域の開業医や患者から選ばれる質の高い病院であり続けなければならない。そのために必要なセクションだと判断した」（日経ヘルスケア 21 2003. 7）と院長の須古氏は語る。

5 TQM センター長で副院長の副島秀久氏は「たとえば、手術が非常に上手くても、それに付随した栄養管理や抗生剤の適切な投与方法などがなされなければ、治療全体のアウトカムは最終的に悪くなってしまう。ですから、患者が入院して退院するまで、根拠のある治療をトータルに行うためには、各医療プロセスを管理し、バリエーション（基準値との差異）分析をも行えるような、組織横断的なセクションが病院内で必要だろうと考えました。」（医薬ジャーナル 2006. 4）と設立の経緯を語っている。

10

## 国家公務員共済組合連合会熊本中央病院

15 国家公務員共済組合連合会 熊本中央病院は、1951 年「非現業共済組合連合会・熊本共済診療所」という国家公務員を対象とした職域病院として開設された。1952 年 41 床の許可を得て熊本中央病院と改称された。以後逐次増築増床を重ねて 361 床となったが、規模としては熊本市内で 7～8 番手にすぎなかった。市内中心部に位置していた病院施設は継ぎ足し工事を重ねた結果、老朽化、非効率化、狭隘化が著しく、天井も低くスプリンクラーの設置が不可能で消防法不適合であった。このような状況は高度医療を追求するうえでは大きな障害であり、当初は隣接地を買収して順次改築で対応していく方針がたてられていたが、バブルによる地価高騰もあり実施は容易ではなかった。残された途は全面移転・新築だけであったが、1985 年熊本市はすでに医療サー  
20 ビス供給過剰となっており、病床数を増やすことはできない。職域病院としての存在理由を見出すことも困難であった。それでも新築移転するだけの投資合理性があるのかという問題に直面したのである。

25 「医師が一人いる科と二人いる科では機能は三倍違う。三人いれば違いは六倍になる。グループは大きいほうが効率的な医療をできる。」「国家公務員共済の病院として、この病院は存在する理由があるのか真剣に考えた。」「他の病院よりいい医療を提供している場合に限り存在する理由がある。」（社会保険旬報 1999. 8. 21）と岩永院長は当時を振り返る。

30 全科的により良い医療をめざすとなると、病床数は 700 から 800 が必要と考えられたが、当時すでに地域医療計画による病床数の規制があり現有病床の有効利用を前提に病院のあり方を検討しなければならなかった。つまり、地域における最先端を担える科を中心に、ベッドと人員を

重点的に活用していくのである。熊本中央病院では院内に諮問委員会を設置し、病院新築の必要性と将来の方向性について検討をはじめ、1987年病院の将来計画に関する答申として「熊本中央病院将来計画」を作成した。その内容は 1) 総合病院を廃止、機能し得る科を育成、2) 診療所業務の縮小・廃止、病院機能の充実、3) 効率の追求、4) 情報の発示、というものである。すなわち、病院の目的は地域医療における先進的な医療を担うことであり、そのための病診連携を進めていくという方針が明示された。この方針に基づいて1997年新病院が完成した。

新築の病院は、高次機能を担う病院の方針が明確に反映されたものになった。高い評価を得ている心臓カテーテル術やバイパス手術、肺がんの手術などのための医療機能を充実させる設備がそなわった。また、1998年の医療福祉建築賞を受賞した熊本中央病院のアメニティレベルは高く、高次機能病院の設備だけでなく、患者にとって気持ちの安らぐゆとりのあるつくりになっている。だが、駐車場は300台とそれほど大規模ではなく、もっとも近いバス停からも距離がある。バス停が敷地内にできたのはつい最近のことである。

新築された病院について、岩永院長は「部門別の面積がきわめてアンバランスな病院」と評する。「『この診療科がなくなって、地域に困る人がいるのか。』機能を選択する上での判断基準はこの一点に尽きる」(日経ヘルスケア 21 2003.7)とし、紹介率の低い科目は地域に求められていないのだから必要ないのだという。2001年に産婦人科、2002年には耳鼻咽喉科を廃止した。

1999年岩永氏は院長に就任し、熊本中央病院の急性期病院としての機能特化への取り組みをさらに徹底していった。熊本中央病院は急性期病院としての機能を明確にするため、当院が地域の診療所と協力連携して治療にあたる病院であることを説明し、患者にはかかりつけ医とかかりつけ薬局をきめておくように案内している。また院内の各所に、かかりつけ医からの紹介状を持参するよう掲示し、強い姿勢で紹介状のない外来患者の来院を制限している。紹介状のない初診の外来患者には特定療養費として1500円を徴収している。1500円以上の特定療養費を徴収しているのは、熊本市内では当病院以外大学病院および国立医療センターのみである。患者からは当初不親切な病院と不満の声があがり、地元新聞に苦情が掲載されたこともあった。それでも岩永院長は、「すべての機能を担うことができない以上、どこかで線引きするしかない。少々のクレームはそれまでの“必要経費”だと割り切ることにした」(日経ヘルスケア 21 2003.7)と話す。

「病診連携をするには、患者にとって敷居の高い病院にしたほうがいい。」「いかに人のいない病院にするかが目標」「病院はホテルではないので、患者はアメニティを求めてくるのではない。いかに早くよくなって、普通の生活に復帰できるかということに関心がある。慢性の患者がゆっくりと療養する病院ではなくて、早く治療してほしいというニーズに応える病院を目指しているのであり、それに対応するための知識と技術をもった医師をそろえることである。病院の機能は

それしかない。」(社会保険旬報 1999. 8. 21) と岩永勝義院長は語る。

熊本中央病院は熊本でもっとも早く病診連携、地域医療連携に取り組み始めた病院でもある。1977年には、循環器疾患に関する開業医対象のカンファレンスを開始し、紹介された症例の報告を行い、紹介元開業医に情報をフィードバックした。このように診療所や周辺病院とのコミュニケーションを蓄積し、積極的にレジデント(研修医)も受入れることで、研修を受けた医師の勤務する病院・診療所からまた患者が紹介されてくる。地元の医師会では、「病診連携をやるといって、言葉通りのことをやっているのは熊本中央病院だけ」(社会保険旬報 1999. 8. 21) との声もある。

10

「心臓手術についていえば、医者の中にもプロとアマがいる。高機能病院としての機能を担うためにはプロを育てないといけないわけで、そのためには数をこなす必要がある。(中略) 量と質は、技術にとってはパラレルの関係がある。量の確保が目的ではないが、質を維持するために必要だ。」(社会保険旬報 1999. 8. 21) 院長は、高次機能病院をめざす上での地域医療連携による紹介患者の幅広い受入の必要性をこのように語る。

15

「大病院にフリーアクセスでかかれるのは日本だけ。これは非常におかしい。」「日本ではどんな大きな病院でも多くの外来患者をみて、診療所と患者を取り合って競合している。これでは投資が無駄だし病院の機能としておかしい。開業医と病院がパイを取り合って争ってはいけない。」「医者一人つくるのに5000万円のコストがかかっている。はじめから医者は、いや医療人は公的なものなのだから、そのことを認識して医療はどうあるべきかを考えるのが筋だ。」(社会保険旬報 1999. 8. 21) さらに岩永院長は、「医療の場合、卸売りと小売という概念も必要だと思います。大きな病院が病診連携を掲げながら、実際には小売もやっている。私は病診連携と言うのなら小売はやめなさいと言いたい。」(社会保険旬報 2000. 1. 11) と言い、公的な保険で税も入っている日本の医療はあくまで公的なもので、大病院は中でも“卸売り”としてかかりつけ医のバックアップ機能に徹する必要があると唱えている。病院は開業医、診療所から評価されればよいのであって、評価の基準はコストパフォーマンスと予後が良いかどうかにつける、というのが岩永院長の持論である。

20

25

30



## 今後の地域医療連携

熊本医療圏では、主な急性期病院がそれぞれ積極的に地域医療連携に取り組み、「熊本方式」と呼ばれる疾病別の連携がすすんだ。市立熊本市市民病院の松田正和院長は、「大病院が特色を出した結果、開業医が患者を振り分けやすくなった」と、連携のすすんだ背景を指摘する。熊本中央病院は心臓カテーテル術、バイパス主実、肺がんの手術などで知られ、済生会熊本病院は脳神経外科、心臓血管外科が看板科目である。熊本地域医療センターは、熊本市医師会が会員のための後方病院として1981年に開設した病院であるが、「熊本方式」の小児救急で知られる。国立病院機構熊本医療センターは二次救急の受け入れに取り組み救急救命センターの指定を受けている。熊本市市民病院は、「小児科は自治体病院の中心。がんや（不採算で）ほかがやらない診療を引き受ける」（日経産業新聞 2005. 12. 1）と松田院長は語る。

だが、そのような熊本でもすべてで医療機関の足並みがそろわわけではない。済生会熊本病院では、次の新しい連携のやり方としてこのクリニカルパスを発展させた連携パスへの取り組みを強化している。当病院では、先述の大腿骨頸部骨折シームスケア研究会にも参画しており、またすでに他の分野でも連携パス構築に取り組んでいる。だが整形分野以外となると、連携はすすみにくく、十分に機能しているとはいえない状態であるという。

「連携パスを作ったら連携ができるかといえば、それは逆の話です。まず、連携システムを作らないとパスも動かない。連携する病院同士が互いの医療内容を知ったうえで、治療をどういう方向にもっていくか、議論しながら作っていかなければならないので、非常に時間がかかります。」（月刊保険診療 2006. 1）と副島氏は語る。

様々な施策により改善が見られているものの、2004年に済生会熊本病院では約2500時間、日数で約100日満床のため救急患者の受け入れが滞った。患者の高齢化とともに、慢性重症患者の連携が重要課題になっている。これらの患者の受け入れ体制が整わないかぎり、救急の心筋梗塞の患者を入院させたくてもさせられない。病院、診療所だけでなく介護施設や福祉施設との連携強化も課題であるという。

2006年4月の診療報酬改定では、全体として3.16%のマイナスの中、救急医療、小児、産科などについては重点評価を行う一方、急性期病院の平均入院日数の基準がさらに厳格化され、病院はさらに患者の入院日数短縮化に取り組まなければならない。入院日数の短縮化と病院・診療所の機能分化の方向性が改めて強く打ち出される形となった。今のところ、熊本医療圏の急性期病院はそれぞれが高いベッド稼働率を維持し、厳しい競争により患者を奪い合っているとい

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

う見方はされていなかった。ただ、熊本県の患者数が今後伸びるとは考えられず、県外から多くの患者が流入しているものと見られた。「在院日数がさらに短くなれば稼働率を維持するために競争も厳しくなるだろうし、いずれ、ダウンサイジングを検討しなければならない時が来るかもしれない」（日経ヘルスケア 2003.7）という済生会熊本病院の須古院長の言葉が現実のものになりつつあるのかもしれない。

10

15

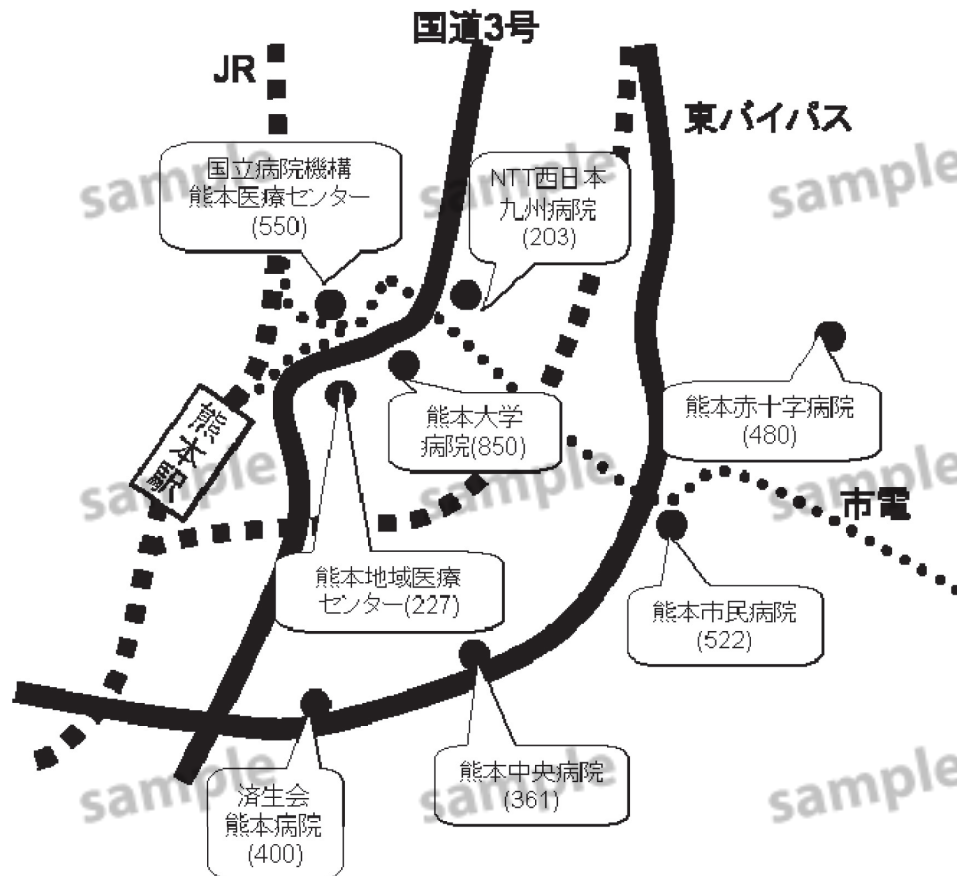
20

25

30

熊本二次医療圏

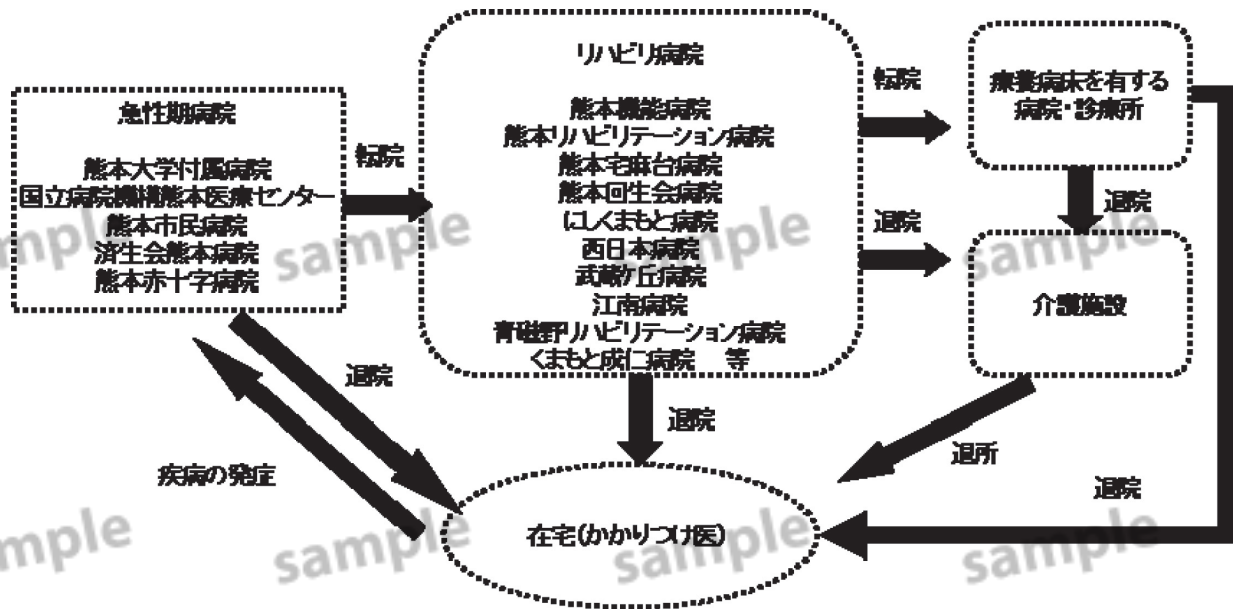
熊本市内の主な病院



注：病院名の下に数字は病床数

出所：日経産業新聞 2005.12.1

脳卒中ネットワーク概要



出所：日経ヘルスケア 21 2005. 6

## 主な急性期病院の概要

特に注記のあるもの以外 2002 年度実績

	熊本中央病院	済生会熊本病院	国立病院機構熊本医療センター	熊本医師会熊本地域医療センター
病床数	361	400	550	227
医業収益	87億6千万円	142億77百万円	NA	40億48百万円
医業利益	NA	5億64百万円	NA	1億31百万円
患者1人当り入院単価	約5万5千円	約6万4300円	約4万7千円	約4万円
患者1人当り外来単価	約1万4千円	約2万600円 (院内処方)	NA	約1万8200円
平均在院日数	13.1日 ('03/4)	12.6日	14日	13.5日
外来入院比率	1.1 ('03/4)	1.39	1.4	0.88
紹介率	65% ('03/4)	50%	53%	88%*
1日当り平均外来患者数	約450人	約550人	NA	約200人
救急車搬入数	月間約100人	約6500	4335人	月間約100人
特徴	循環器疾患、呼吸器疾患など実績高い	脳梗塞、脳動脈瘤手術と循環器疾患、救急	地域医療支援病院。救急究明センター併設	地域医療支援病院。消化器疾患、小児救急

当病院の算定方式による。

出所：日経ヘルスケア 21 2003.7

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

---

不 許 複 製

---

慶應義塾大学ビジネス・スクール