

中小病院の病床再編戦略の考え方

—病床機能分化に向けて—

服部 奈緒

キーワード：病床再編、機能分化、地域包括ケア、亜急性期病床

1. はじめに

日本は超高齢社会に突入し、さらに10年後、20年後と高齢化が進んでいく。限られた医療資源を最大化し、効率的に活用していくには、一般病床の機能分化を進め、急性期医療への医療資源の集中化を図るなど、病床の機能分化・強化を推進していくことが必要とされる。

一般病床の機能分化については、平成24年6月の厚生労働省「急性期医療に関する作業グループ」で取りまとめが始まった。そして、第29回社会保障審議会医療部会（平成25年6月20日）では、医療機関が担っている医療機能を都道府県に報告する仕組みについて、具体的には報告する医療機能の内容やその情報提供のあり方が検討されている。そして、この報告制度をもとに、平成27年度からの「バランスの取れた医療機能の分化と連携を推進するための地域医療ビジョンの策定」が検討されていく見通しである。

ところで、急性期から後方病床への患者の流れについては、シームレスな医療提供体制を構築することが重要である。つまり、急性期、亜急性期、回復期から、患者を引き継ぐ在宅医療の拠点となる医療機関の整備を図ることによって、全体としての医療の充実を図ることができる。そして在宅医療は、地域包括ケアシステム（医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが連携した要介護者等への包括的な支援）の構築に重要な役割を担うことになる。地域包括ケアシステムの実現により、重度の要介

護状態となっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることが可能となる。また 認知症は、超高齢社会の大きな問題であり、今後は、認知症の高齢者の増加が見込まれることから、地域で認知症の高齢者の生活を支える地域包括ケアシステムの構築が重要となってくると考えられる。

このような状況の中で、各医療機関は急性期、亜急性期、回復期リハビリテーション、長期療養など自院の機能を把握し、選択して強化する努力が強く求められている。そこで本稿の目的は、A病院の現状を把握し、病床の再編について検討し、病床機能分化の方向性と地域での役割を再確認することである。具体的には、第2節でA病院の現状分析、第3節では病床再編プラン別の分析を行い、第4節では病床再編に伴い想定されるA病院の課題と地域から望まれる点に言及し、第5節でまとめとする。

2. 中小民間病院の現状

2-1. A病院の概要

A病院は、兵庫県北播磨医療圏に位置し、1967年に7床の有床外科医院として開設された。その後、増築・増床が行われ、1979年には55床となり、透析医療が開始された。そして、1993年には、現在の150床（一般病床100床、療養病床50床）となった。現在、A病院が標榜する診療科は、内科、腎臓内科、糖尿病内科、消化器内科、外科、整形外科、脳神経外科、婦人科、リハビリテーション科、放射線科の10である。また、2009年に隣接医療圏に透析クリニックを開設し、2012年には関連施設として介護老人福祉施設を併設するに至っている。

A病院の透析医療の実績は古く、透析専門医とともに臨床工学技士等の透析スタッフは透析医療の品質管理に力を入れている。また、腎臓病専門医により透析導入前の慢性腎臓病患者に対して腎機能の低下を防ぐための専門的な治療が行われている。外科、脳神経外科、整形外科は手術の必要な救急患者も受け入れている。

A病院の医療従事者は、常勤医師10人、看護師87人・看護助手46人（13対1看護体制）、臨床工学技士13人、薬剤師6人、管理栄養士3人、リハビリテーションスタッフ（作業療法士、理学療法士、言語聴覚士）11人から構成されている。

2-2. A病院の課題と経営戦略の集中と選択にむけて

A病院の入院患者は急性期医療が中心となっているが、看護師確保に苦慮しており、

平成 25 年 6 月の時点で充実した医療の確保のため入院患者数を制限していた。また、在院日数が長くなる傾向があり、脳神経外科や整形外科の術後の病床コントロールにも苦慮しているのが現状である。

また A 病院を取り巻く外部環境の大きな変化として、2013 年 10 月に北播磨医療圏の中核となる北播磨総合医療センターの開設があげられる。近隣地域における中小病院としての役割を再認識するとともに、地域連携に向けたビジョンを持ち、自院の立ち位置を明確にした戦略を立てていく必要がある。このような視点に立って病院のマネジメントを行っていくことは、同時に冒頭で述べたように病床機能報告による医療機能の選択と強化が図られようとしている動きの中で、200 床以下の病院にとって喫緊のテーマであると考ええる。

そこで次節では、A 病院の現状を踏まえて、病床再編のいくつかのパターンをシミュレーションし、A 病院の地域における医療機能の選択と役割の可能性を検討する。

3. A 病院の分析

3-1. 分析方法

まず、現状を把握するため、平成 25 年 5 月の一般病床全入院患者の一人一日あたりの診療報酬点数をグラフで示した。その際、前月の平成 25 年 4 月と前年同月である平成 24 年 5 月の一般病床全入院患者一人一日あたりの診療報酬点数のグラフとも比較し、平成 25 年 5 月のデータにみられた全入院患者一人一日あたりの診療報酬点数の傾向に差がないことを確認した。

病床の再編成を検討する上で、まず収益面からみていく。13 対 1 の一般病床の単価は、現在の A 病院の一般病床の平均単価を用いた。10 対 1 の一般病床の単価は、13 対 1 の一般病床の平均単価に入院基本料のプラス分（2080 円/人/日）のみを加えた。病床利用率に関しては現在の一般病床利用率を用いた。療養病床の一人一日あたり平均単価については、現在の療養病床の入院患者の構成上、「特定除外項目（透析など）で診療報酬を算定している群」と「それ以外の群」で、2 群間の平均点数に違いがみられるため、低い単価である「それ以外の群」の方の単価を用いた。

費用に関しては不十分ではあるが入手できるデータの中で検討した。人件費は現在の看護師、看護助手の人件費のみを用いた。材料費は一般・療養病床それぞれの費用を算出し、経費、減価償却費は病院全体の当該費用の構成比率を割り当てることとし

た。

亜急性期病床の収益に関しては、一般病床の入院基本料との差分(9610円/人/日)を算入し、リハビリテーション料、脳血管疾患リハビリテーション料(Ⅱ)と運動器リハビリテーション料(Ⅰ)の患者を1:1の割合と想定して、6単位/日、3回/週で算定した。

3-2. 結果

①一般病床入院患者の分布

図1は、平成25年5月一般病床入院患者一人一日あたりの診療報酬点数を高いものから順に並べたものである。25,000点/日を超える患者が4%、5,000点/日以上患者は36%であった。一般病床に入院中の患者で、療養病床の特定除外項目を算定されない群よりもさらに低い診療報酬点数の患者が22%みられ、そのうち29%が31日間以上の長期入院患者であった。診療報酬点数が低く、長期入院となっている患者の内訳をみると、がん専門病院で治療後に転院となり、今後積極的治療が行われる予定のないがん再発患者、高齢者の肺炎の治療後、慢性硬膜下血腫などの患者であった。

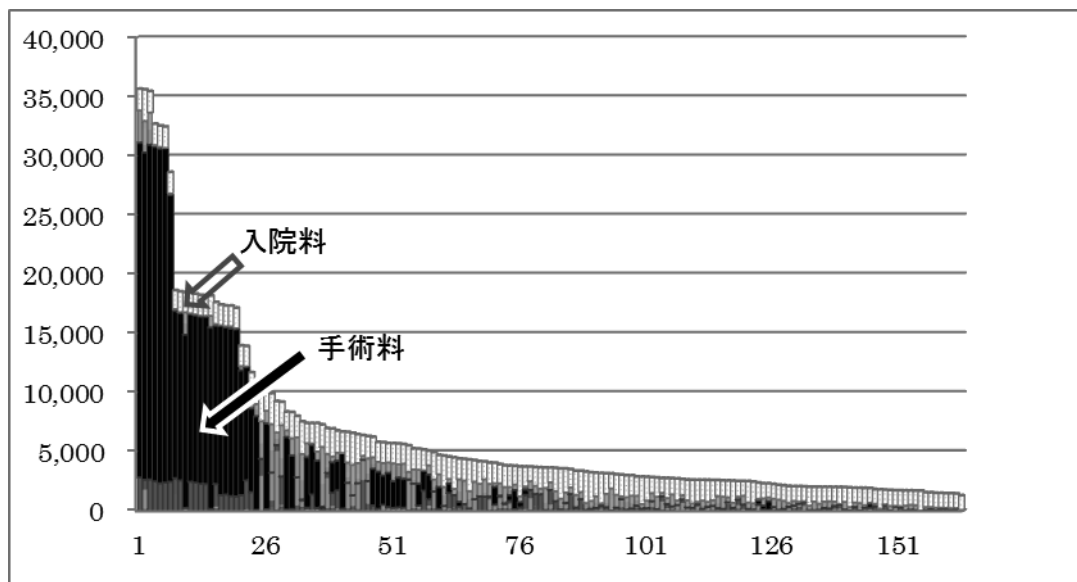


図1：平成25年5月一般病床診療報酬点数/人/日

②病床再編による収益・費用

病床の再編による効果を分析するために、以下に示す5つの病床再編プランを考える。

- プラン1. 一般病床 100 床 (13 対 1) : 療養病床 50 床
(平成 24 年 5 月のデータを使用)
- プラン2. 現在(平成 25 年 6 月)のパターン
一般病床 80 床 (13 対 1) : 療養病床 50 床
(平成 25 年 5 月のデータを使用)
- プラン3. 一般病床 50 床 (13 対 1) : 療養病床 100 床
- プラン4. 一般病床 50 床 (10 対 1) : 療養病床 100 床
- プラン5. 療養病床 150 床

これら5つの病床編成プランの違いが、収益にどのような影響を及ぼすかを表したものが図2である。プラン2(現在の一般病床80床(13対1):療養病床50床)からプラン4(一般50床(10対1):療養100)に再編すると4%の収益増となることがわかる。プラン4の一般50床(10対1):療養100に再編した場合、さらに追加的に見込まれる診療報酬加算分(急性看護補助加算140点、看護必要度加算15点、重症者等療養環境加算150点など)があり、これらを加えると、約7.6%の収益増となることが考えられる。一方、プラン5の療養150床に再編した場合には約18%の収益減となることが示された。

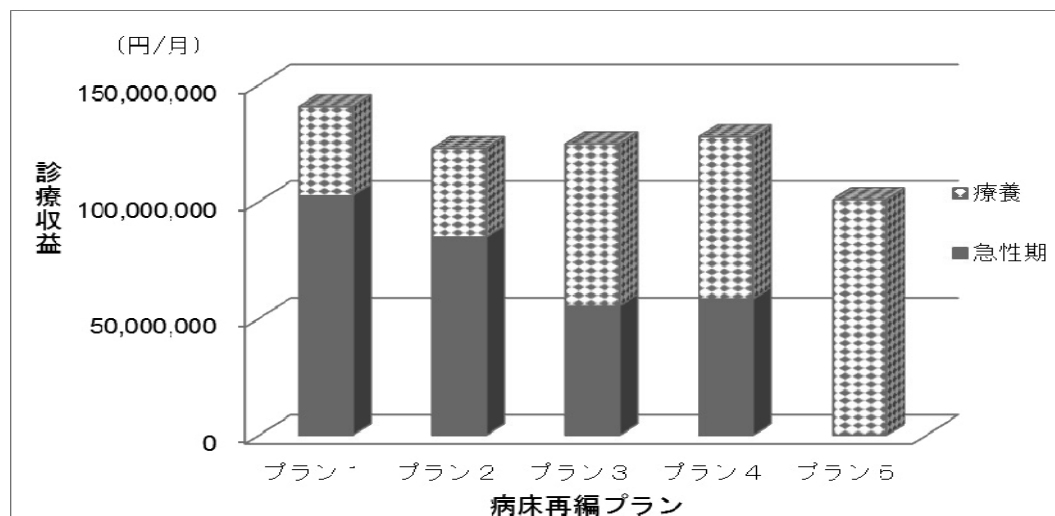


図2: 病床編成別収益

費用に関しては、大きな部分を占める人件費の中で看護師、看護助手の給与を表したものが図3である。看護師、看護助手の給与は、プラン1（一般病床100床（13対1）：療養病床50床）からプラン5（療養病床150床）に病床再編すると、17.7%減少することが分かる。

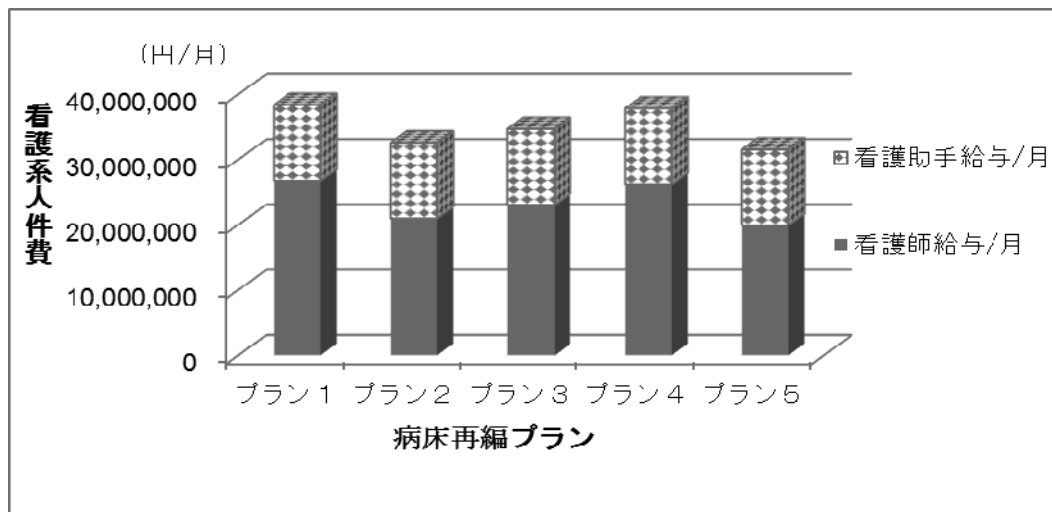


図3：病床編成別看護師、看護助手給与

また図4は、看護師、看護助手の人件費を引いた看護系人件費控除後収益を表したものである

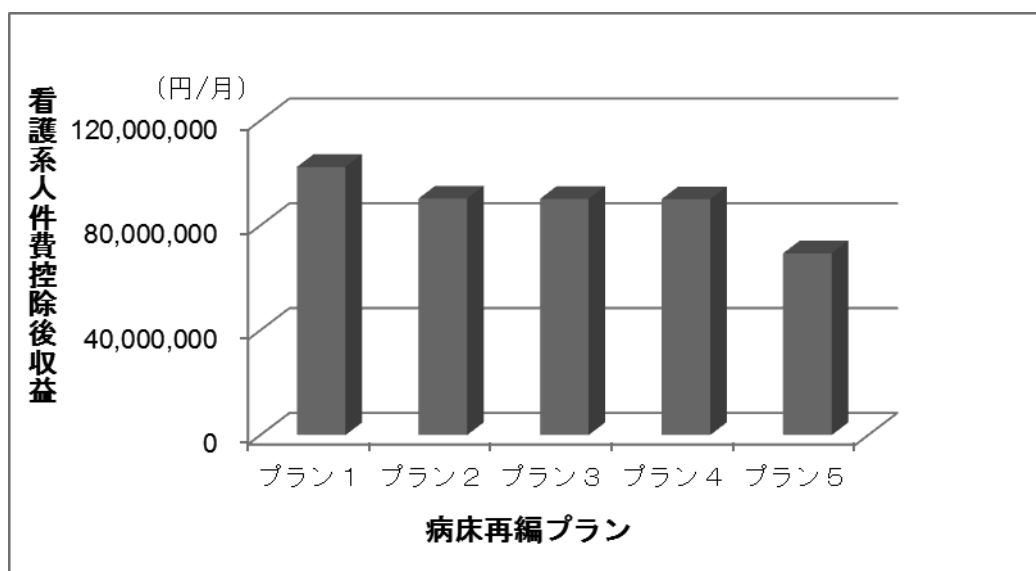


図4：看護系人件費控除後収益

図4をみると、プラン3（一般病床50床（13対1）：療養病床100床）やプラン4（一般病床50床（10対1）：療養病床100床）は、現在のプラン2（一般病床80床（13対1）：療養病床50床）とほとんど変わらない結果となっているのがわかる。

次に、現在のプラン2（一般病床80床（13対1）：療養病床50床）の費用の構造を検討する。まず、療養病床50床の収益に対する費用割合を表1及び図5に示す。表1の包括分「その他」の構成比率39%には、看護師・看護助手以外の人件費などが含まれている。次に、一般病床（13対1）80床の収益に対する費用割合を表2及び図6に示す。同様に表2の包括分「その他」の構成比率29%に看護師・看護助手以外の人件費などが含まれる。一般病床は、療養病床よりもその他の人件費の割り振りが大きいいため、現行プラン2（一般病床80床（13対1）：療養病床50床）の病床編成の場合、一般病床と療養病床で利益を概算すると大きな差はみられなかった。

表1：療養病床の費用割合

包括分	看護系人件費	31%
	材料費	9%
	経費	15%
	減価償却費	5%
	その他	39%
	合計	100%
保険分	看護系人件費	31%
	材料費	9%
	経費	15%
	減価償却費	5%
	その他	39%
	合計	100%

表2：一般病床の費用割合

看護系人件費	34%
材料費	18%
経費	15%
減価償却費	5%
その他	29%
合計	100%

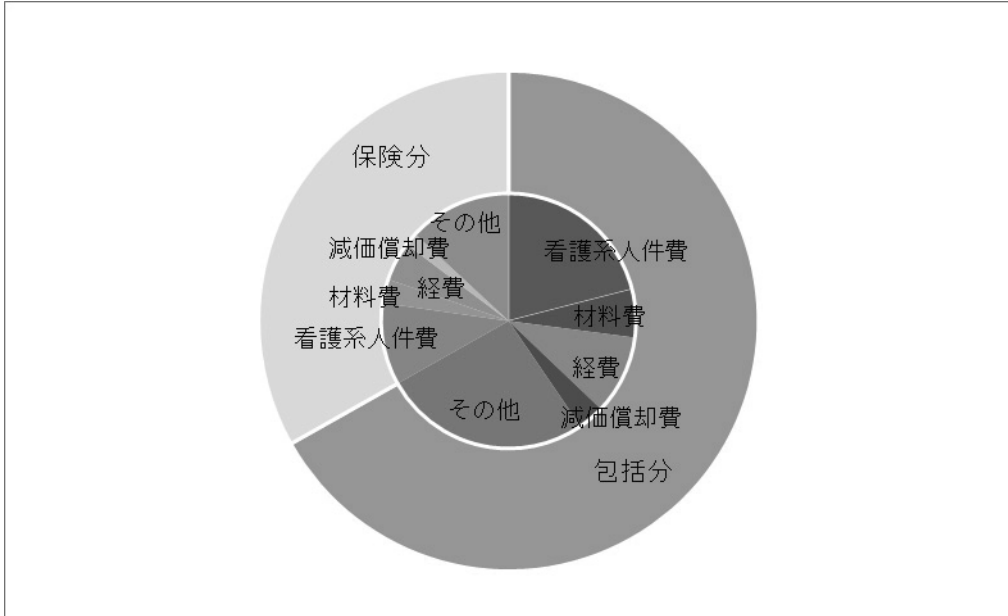


図5：療養病床における収益に対する費用の割合

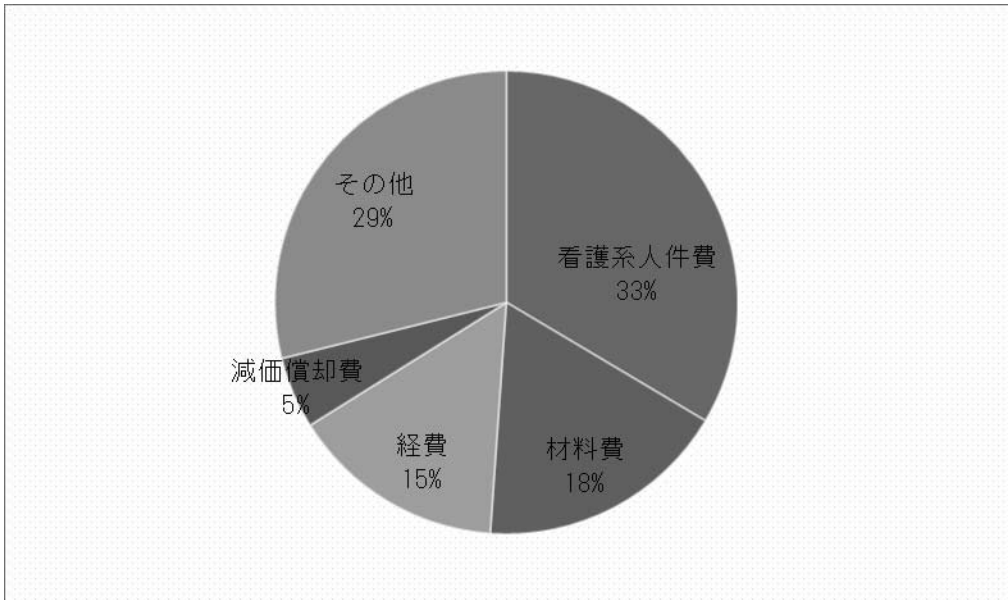


図6：一般病床における収益に対する費用割合

一般病床(10対1)になると看護系人件費、材料費が増加すると考えられるが、看護系人件費控除後収益は図4をみると、現在のプラン2（一般病床80床（13対1）：療養病床50床）、プラン3（一般病床50床（13対1）：療養病床100床）、プラン4（一

一般病床 50 床（10 対 1）：療養病床 100 床）のいずれもほとんど変わらなかった。材料費率は平成 22 年度病院経営管理指標のデータと比較し、医療法人の全国平均（18.9%）並みであった。

以上の結果より厳密な比較はできなかったが、プラン 1 の一般 100（13 対 1）：療養 50 床パターンが最も増収になると推察される。

A 病院について、正確な一般・療養病床別の利益率を算定できないために、試算数値として平成 22 年度病院経営管理指標のデータにおける医療法人医業利益率（一般病院 3.3%、療養病院 6.2%）をあてはめて検討してみた。プラン 5 の療養病床 150 床またはプラン 4 の一般病床 50 床（10 対 1）：療養病床 100 床に再編すると、ほぼ同程度に利益が増え、次いでプラン 3（一般病床 50 床（13 対 1）：療養病床 100 床）、プラン 1（一般病床 100 床（13 対 1）：療養病床 50 床）、現在のプラン 2（一般病床 80 床（13 対 1）：療養 50 床）の順であった。

単純な試算なので正確性に欠ける面はあるが、現在の状態のプラン 2（一般病床 80 床（13 対 1）：療養 50 床）からプラン 5（療養病床 150 床）に再編すると約 21%、プラン 4（一般病床 50 床（10 対 1）：療養病床 100 床）に再編すると約 20%、プラン 1（一般病床 100 床（13 対 1）：療養病床 50 床）に戻すと約 11%の増益が見込める結果となった。

③亜急性期病床への転換

ここでは、プラン 1（一般 100（13 対 1）：療養 50 床）から亜急性期病床への転換が収益にどのような影響を与えるかを検討する。表 3 は、プラン 1 から亜急性期病床への転換数に応じて、収益がどの程度変化するかを表したものであり、プラン 1 の場合を 100 とおいた時の各転換数における収益合計額を指数で表したものである。また図 7 は、各転換数に応じた収益額を棒グラフで表したものである。

表 3：一般(13対1)100:療養 50 から亜急性期病床転換数別収益

亜急性期病床への転換数	収益合計比率
亜急性期病床 0 床	100.0%
亜急性期病床 8 床	102.4%
亜急性期病床 20 床	106.0%
亜急性期病床 28 床	108.4%
現状(プラン2)+亜急性期 20 床	98.2%

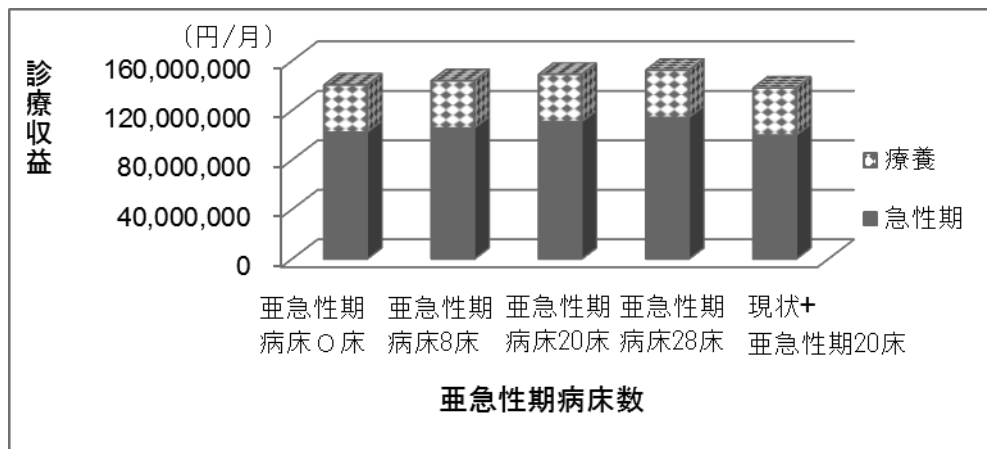


図7：亜急性期病床への転換病床数別収益

亜急性期病床を8床にすると2.4%、亜急性期病床を20床にすると6%、亜急性期病床を28床にすると8.4%の収益増が見込まれる。しかしこの試算では、亜急性期病床に転換した際の減額分（一般病床（13対1）で取得していた診療報酬分）を差し引いていないため、収益は高めに見込まれており、実際はこれより低い収益となる。

また、現在の状態のプラン2（一般病床80床（13対1）：療養50床）に亜急性期病床20床を加えた場合、プラン1（一般100（13対1）：療養50床パターン（亜急性期病床0床））の収益予想額とほぼ変わりはないものの、人件費（リハビリスタッフ追加分も含む）を引いた収益は、現在の状態のプラン2よりも10.5%の増収が見込まれる。

4. 今後の課題と地域から望まれるもの

4-1. 病棟再編戦略の意思決定と病棟再編の課題

今回の検討の結果、A病院はプラン1（一般病床（13対1）100床：療養50床の病床）への再編で増収が見込まれることがわかった。利益の面から考えると、プラン4（一般病床50床（10対1）：療養病床100床）またはプラン5（療養病床150床）への再編で一番多くの増益が見込まれるだろうと推察される。

A病院の現状を考慮すると、脳外科、整形外科、外科で手術をしており、またその他内科疾患での入院患者数を考えると、現時点では現状の一般病床80床は必要であると考えられる。それぞれの担当の医師達が高いモチベーションを持って日々の診療に

あたっており、それを支えるべく看護部（透析室を含む）、薬局、リハビリテーション室、放射線室、臨床検査室、栄養科、医事課などすべての職員が力を合わせている。今後は今までの病院の方向性と職員の士気を保ちつつ、これからの病院経営においてA病院の最適な病床再編を考えていかなければいけない。病床再編に当たっては、A病院の健全な運営を目標とするのは当然であるが、開院以来、地域の人々のニーズに合わせ、地域での急性期医療を真摯に担ってきた病院としての理念にも重きをおいていきたい。

平成25年7月31日に診療報酬調査専門組織入院医療等の調査・評価分科会第7回が行われ、中間とりまとめ（案）が示された。これによると亜急性期病床の役割・機能が明確にされ、これからの方向性案が示されている。亜急性期病床の3つの機能としては①急性期病床からの患者の受け入れ、②在宅等にいる患者の緊急時の受け入れ、③在宅への復帰支援が示された。また、この役割・機能を評価するため、人員配置、重症度・看護必要度、二次救急指定、在宅療養支援病院の届け出、在宅復帰率のような要件を設定し、現行の病室単位から病棟単位の届出とすることや提供されている医療内容に関するデータ（DPC データ）の提出を求めていくといったことが示された。さらに平成25年8月7日に診療報酬調査専門組織入院医療等の調査・評価分科会第8回では亜急性期を担う医療機関についても、提供されている医療内容に関するデータ（DPC データ）の提出を求めることは過大な負担になるのではないかという意見も出された。療養病棟でも亜急性期病床に求められる役割・機能に準じた医療を提供している医療機関が存在している実態を踏まえ、病床の種別にかかわらず、亜急性期病床の届出を認めていくことが必要であるとしている以上、診療報酬により誘導するような形のみではなく、現在真にその地域で亜急性期病床の機能を担っている医療機関が過大な負担なく移行できるような最終決定を期待したい。

前にも述べたように、平成25年6月時点のA病院は看護師確保の問題のため一般病床を80床のみとし、療養病床50床で稼働させていたが、その後は改善されてきている。現状の病床維持プランで考えると、20床分の病床利用計画が重要となる。現在、脳外科や整形外科の術後の患者を、他院の回復期リハビリテーション病棟に紹介している。また、一般病棟で他院からの紹介がん患者の入院期間が延びていることや、高齢者の肺炎や脳神経外科疾患後の患者数を考慮すると、対象疾患に制約がない亜急性期病床として20床分を運用していく必要性が考えられる。これによって、平均在院日数のコントロールも可能となる。

今後は、一般病床80床、亜急性期病床20床、療養病床50床とすれば、亜急性期

20床は脳外科疾患、整形外科疾患などの回復期でリハビリテーションを充実させる患者を対象とすることができ、がん専門病院から紹介された急性期治療後のがん患者の受け皿としても活用することができる。さらに、来年度以降に向けて亜急性期病床を病棟単位での届け出に向けての準備も並行して行っていかなければいけない。

一方で、病床運営の課題も残されている。第一に、亜急性期病床の病床利用率を維持していくことである。亜急性期病床の機能を持つということ、地域連携システムを用いて積極的にアピールし、他院からの紹介患者を増やし、一般病床・亜急性期病床の患者数をともに維持する努力をしていかなければならない。特に、平成25年10月に開設予定の二次医療圏内の北播磨総合医療センターとの連携を密にとり、切れ目のない医療を行うという実績を残し、紹介元の病院や地域住民の信頼をえていくことが重要である。

第二は、在宅復帰支援である。亜急性期病床は在宅復帰率が規定されており、これは病床運営の大きな課題である。病院は紹介の患者数を増やしていくとともに在宅復帰へ向けた積極的な支援をしていくことが大切である。現在、準備を進めている在宅療養支援病院としての機能を充実させ、併設施設の訪問看護ステーションや他施設の訪問看護ステーションとも連携して在宅療養をサポートし、安心して退院してもらえ、環境を整えていくことが必要である。

4-2. 病院経営戦略としての地域ケア

厚生省が2014年度からの導入を目指している病床機能報告制度に示されるように、地域における自院の役割を理解し、その役割を担っていくことが求められている。高機能急性期病院の対極にあった医療・福祉・保健の自施設完結型の中小病院から、地域の中で1つの役割を担っていく地域完結型の医療に向けて、明確なビジョンを持ち、どのようなポジショニングを取るかという意味決定が求められている。

団塊の世代が75歳以上となる2025年に向けて、高齢者が尊厳を保ちながら、重度な要介護状態になっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けられるように、住まい、医療、介護、予防、生活支援が日常の場で一体的に提供できる地域での体制（地域包括ケアシステム）づくりを国は推進している。住まい、医療、介護、予防、生活支援の五つの視点での取り組みを包括的、継続的（入院、退院、在宅復帰を通じて切れ目ないサービスを提供）に行うことが必須である。包括的・継続的連携が行われるためには、自院と病院関連施設の機能を充実させるとともに他の医療・介護施設との連携も深めていく必要がある。

そのためには、①A病院は二次医療圏内の病院、さらには圏外でも近隣の病院と連携し、亜急性期・療養期の診療を行い、在宅復帰へ向けて地域の診療所と連携していくとともに、②病院の在宅支援システムを構築し、訪問医療、訪問看護、訪問介護につなげていきながら、③現在、二次医療圏で運用が始まった地区の独自のネットサービス（北はりま絆ネット）を利用し、脳血管疾患や大腿骨近位部骨折などの地域連携クリティカルパスを利用することによって安心して医療が受けもらえる環境を整え、診療情報を共有し、適切な医療を継続することを、第一に考えていくことが必要であろう。

4-3. どこに競争優位を求めるか

医療は大変公共性の高い産業であり、地域の中での連携が強く求められるにも関わらず、絶えず競争の中におかれている。競争上の優位に立つためには、何かオンリーワンとなるものを持たなければならない。そして、それを持ち続けていくために大変な努力と投資を継続的に行わなければならない。

A病院では腎疾患の専門医が腎疾患の管理、治療から透析導入、外科医によりシャント造設やシャントトラブルの解決など、血液透析に関してはバリューチェーンのどの段階においても優位であると考え。脳外科、整形外科においても積極的な治療を心掛け、地域の信頼を得ている。しかし、現在の病院の規模や状況から考えると一つの診療科や治療に特化してオンリーワンを目指し、集中特化していくことは難しいのが現状である。こうした現状を理解した上で、地域から望まれる病院になるためにはどうすればよいかを考え、これからの医療に望まれていることを率先して行うことにより顧客満足度を高め、他院との差別化を図っていかねばいけない。

4-4. 人材マネジメント

A病院の最大の課題は看護師確保である。その解決策のポイントとして非金銭的報酬をどのように得てもらうかが重要であると考え。それが、組織に対するコミットメントを高め、組織に対する帰属の継続性をもたらすことになる。具体的には、地域の中で誇れる病院となり、快適な労働環境、ともに高めあえる仲間とともに自分の仕事の重要性を理解し、その中にやりがいを見出してもらう仕組みづくりをしなくてはいけない。その一つが、看護師の教育である。看護部長の指導の下、看護師の継続教育プログラム、研修のあり方を見直し、新たな教育指導体制を確立していく。スキルアップを希望する職員に対して個々に対応し、バックアップ体制を検討していく必要

がある。二つ目は、人材を評価するシステム作りである。組織の中で評価者によるブレのない評価を行うことを目指し、目立たない正しい行為にも目を向け、評価していく体制を整えていくことも重要である。

5. おわりに

本稿においては、兵庫県北播磨圏域におけるA病院の病床再編について検討を行った。医療資源の効率的利用という面からは、特に超急性期、急性期病床について病床機能分化が必要である。しかし、地方の中小病院がこれまで担ってきた地域住民の幅広いニーズに応えるといった「地域に根ざした病院」という在り様が無くなってしまっているのか、疑問が残る。今後の病床再編については、A病院の地域における役割を見据え、2014年度から導入予定である病床の機能報告制度での医療機能の内容や具体的な報告項目と照らし合わせ、再度検討の上、地域での立ち位置を再確認していく必要がある。

今後の地域で望まれる医療の方向性を考えると、2013年10月に開設予定である北播磨医療センターを始め、その他の二次医療圏の基幹病院とも地域連携を強固にし、地域完結型医療の一端を担っていかなければならない。また、地域包括システムの中での病院の役割の一つである、機能を強化した在宅療養支援病院としての役割を担い、訪問看護、訪問介護と連携し、地域の高齢者が住み慣れた土地で自分らしい暮らしを全う出来るよう支えていくことも、中小病院の重要な役割であると考えられる。

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、鳥邊晋司教授、藤江哲也教授に厳しくも丁寧かつ熱心なご指導を賜りました。ここに感謝の意を表します。

参考文献（引用文献を含む）

- [1] 小山秀夫(2012)「在宅ケア重視への注力」、『月刊誌WAM』（独立行政法人福祉医療機構）、2012年12月号。
- [2] 高橋紘士（2012）「研究の窓：地域包括ケア提供体制の現状と諸課題によせて」、『季刊社会保障研究』、第47巻第4号（2012年3月刊行）、pp. 344-345。
- [3] 開本浩矢（2007）『入門 組織行動論』、中央経済社。

- [4] 宮地千尋 (2012) 「地域包括ケアシステムにおける在宅支援病院の経営戦略」、『商大ビジネスレビュー』、第2巻第1号 (2012年9月刊行)、pp. 281-294。

参考ホームページ

- [1] 北はりま絆ネット
<http://kitaharima-ikiiki.com/kizuna/index.html>
(2013年7月2日アクセス)。
- [2] 厚生労働省「診療報酬調査専門組織入院医療等の調査・評価分科会」中間とりまとめ (案)
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000013633.html>
(第7回分 2013年8月2日アクセス、第8回分 2013年8月9日アクセス)。
- [3] 厚生労働省「第29回社会保障審議会医療部会」
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r985200000350oy.html>
(2013年7月10日アクセス)。
- [4] 厚生労働省「平成22年度病院経営管理指標」
<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/igyou/igyoukeiei/keieisihyou/22kannri.html>
(2013年7月10日アクセス)。
- [5] 厚生労働省「平成25年第6回入院医療等の調査・評価分科会議事次第」
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000036hdq.html>
(2013年7月28日 アクセス)。
- [6] 「寝たきりゼロ作戦と保健・医療・福祉の連携」
<http://www.pref.hiroshima.lg.jp/uploaded/attachment/6248.pdf>
(2013年7月10日アクセス)。
- [7] 兵庫県保健医療計画 (平成25年4月改定)
<http://web.pref.hyogo.lg.jp/kf15/25hokeniryoukeikaku.html>
(2013年7月10日アクセス)。