地域医療構想における病床機能ギャップの検証

―中播磨医療圏の病棟別データと2040年新推計方式を用いた分析―

松井　繁幸

キーワード：地域医療構想、病床機能報告、必要病床数、包括期機能、病床機能転換、病院経営、中播磨医療圏

１．はじめに

日本の医療提供体制改革は大きな転換点にある。2014年の医療介護総合確保推進法により始まった地域医療構想は、団塊の世代が全て75歳以上となる2025年を目標年としてきたが、その目標年は既に経過した。国は、85歳以上人口の増加と生産年齢人口の減少が同時に進む2040年を見据えた「新たな地域医療構想」への移行を進めている。新構想は、病床機能の転換の誘導を一段と強め、医療と介護の連携により病院完結型から地域完結型への体制づくりを進める内容である（厚生労働省，2026a）。2025年７月からの「地域医療構想及び医療計画等に関する検討会」での検討を経て、2026年３月３日の第12回検討会でとりまとめられ、同年４月にガイドラインが公表された。各都道府県は2026年度中に新構想（2040年必要病床数の推計を含む）を策定し、2028年度までに各医療機関の「医療機関機能」を協議・決定するスケジュールに入っている。

こうした制度の進展が、そのまま各地域の機能転換につながるわけではない。機能転換には準備と時間を要するうえ、日本の医療機関の多くは民間であり、地域医療構想は病床削減を強制する仕組みではなく、各医療機関の自主的な判断と地域医療構想調整会議（以下、調整会議）での協議を通じて機能分化・連携を進める枠組みである（厚生労働省，2026a）。実際、都道府県は調整会議に対し、医療機関ごとの医療機能

や診療実績等のデータを整理・提示して協議を進めることとされている（厚生労働省，2026c）。協議の土台となるのは、圏域のギャップを示す最新のデータである。ところが、数字は、測り直さない限り古いままである。実際、本稿が対象とする中播磨医療圏では、約 10 年前の数値に基づく構想上のギャップ認識が更新されないまま残っており（第 2-5 節）、この 10 年で需要と供給の両方が大きく変化した。認識と実態のずれを残したまま 2040 年に向けた新構想の協議に入れば、実態と合わない前提のまま議論を重ねることになりかねない。これが本稿の問題意識である。そこで本稿では、ギャップを最新のデータで測り直し、転換の候補と経路を目に見える形で示す。

２．本研究の目的と先行研究

2-1. 本研究の目的

本研究の目的は、中播磨医療圏を対象に、病床機能のギャップを公表データで測り直すことである。リサーチクエスチョンは２つである。第一に、構想が示してきた従来のギャップ認識――急性期の大幅過剰と回復期の深刻な不足（兵庫県， 2016；日本医師会総合政策研究機構， 各年度版）――は、直近の病棟別データにおいても成立するか。第二に、新推計方式で測り直すと、2040 年に向けた圏域の需給の構図はどう変わるか。以下、第 2-2 節から第 2-5 節で先行研究を整理し、第 2-6 節で残された課題と本研究の位置づけを述べる。

2-2. 地域医療構想の制度設計と推計手法に関する研究

必要病床数推計式の開発に携わった松田晋哉らは、制度の設計段階から推計値の限界を明示していた（松田，2015；2020）。松田（2015）は、必要病床数が、医療資源投入量の全国一律の境界値で患者を機能区分に割り振り、性・年齢階級別の受療率を将来人口に当てはめて得られる参照値であることを示したうえで、地域の実情を踏まえて用いるべきものであり「金科玉条のごとく絶対視することは適切ではない」と述べた。松田（2020）は、この推計が 2013 年度の受療率を将来も一定とみなす前提に立つことを明示し、受療動向が変化すれば推計が過大となる可能性を、実績に先んじて指摘した。全国で生じた需要見込みと実績の乖離（第 4-4 節）はこの指摘の正しさを裏づけ、新方式が受療率低下を改革モデルとして織り込んだことで、指摘は制度にも反映された。また厚生労働科学研究の定量分析班（松田ら，2016）は、DPC データの医療資源投入量基準を検証した。その結果、同一の機能を報告する病棟間でも医療内容の

ばらつきが大きく、病棟単位の機械的な基準策定は困難で、病院全体の機能とのバランスの中で議論すべきと結論づけた。制度の設計者自身によるこの留保を踏まえ、本稿も病棟判定を「最終判定ではなくスクリーニング」と位置づけている（第 6-4 節）。

2-3. 病床機能報告データを用いた定量分析研究

自己申告制ゆえの報告のばらつきに対しては、定量化の試みが積み重ねられてきた。野田ら（2017）は報告データから「急性期指標」を開発して調整会議の議論の材料として提供した。吉井ら（2019）は全国データの空間解析により、病床機能区分割合の地域差は都道府県単位では有意なクラスターを示す一方、二次医療圏単位では広域パターンが消失することを明らかにした。そのうえで、二次医療圏の分析が固有の情報を持つことを示唆した。田中（2021）はトピックモデルを全国約 2.5 万病棟の診療実績に適用し、報告機能に依存せずに医療機能の構成が抽出でき、自己申告機能の妥当性検証に利用し得ることを示した。ただし、これらはいずれも全国横断・単年度の分析であり、特定圏域の経年追跡や、判定結果と個別病棟の実際の転換行動との突合には及んでいない。

2-4. 病院単位の類型化と機能転換の経路に関する研究

鈴木ら（2024）は、地域医療構想策定時に全病院を対象として収集された個票（悉皆データ）のクラスター分析により、日本の一般病院を 4 類型に整理した。その上で、実現に向けた道筋としては急性期病院の削減よりも、実態として軽症・回復期に近いケアを提供する外来型施設群（約 8 割が医療法人）の急性期病床を回復期へ転換することが最も現実的であると結論づけ、公立・公的病院中心の再編論の限界を指摘した。転換の主たる担い手が中小民間病院であるというこの知見は、本稿の前提となる。中播磨の病院構成（第 3-4 節）は中小民間病院が多数を占める構造であり、第 8-2 節の転換候補の分析は、この知見を圏域レベルで確かめるものである。

2-5. 圏域レベルのギャップ認識の形成と固定化

中播磨医療圏については、兵庫県地域医療構想（兵庫県，2016）が 2014 年度の報告値と 2025 年必要病床数を対比して「急性期の大幅過剰と回復期の深刻な不足」を提示し、日医総研のデータ集（日本医師会総合政策研究機構， 各年度版）も同時期の値を収載した。同圏域を対象とした吉田（2016）は、構想案の必要病床数と 2014 年度報告値を対比して DPC 対象病院の機能分化と病床稼働率を検討したが、構想策定時の単一

時点の分析にとどまる。兵庫県地域医療構想はその後改定されておらず、この対比が約 10 年にわたり構想上の「現状」として維持されてきた。この間に全国の入院需要は策定時の見込みを大きく下回った（第 4-4 節）にもかかわらず、毎年度更新される病床機能報告を用いて圏域のギャップを測り直した公表研究は筆者の知る限り存在しない。構想策定時の単一時点の対比が長期間更新されないままであったこと自体、毎年更新されるデータがギャップの測り直しに用いられてこなかったことを示している。

2-6. 先行研究の残された課題と本研究の位置づけ

先行研究の到達点を踏まえると、残された課題は３点に整理できる。第一に、定量的判定の方法論は限定利用データ（松田ら， 2016）や全国横断の公表データ（吉井ら，2019；田中，2021）を用いて開発されてきたが、公表個票のみで特定の二次医療圏を病棟単位かつ複数年度で追跡した研究は乏しい。第二に、類型化研究（鈴木ら，2024）は転換の担い手を全国レベルで特定したが、個別圏域の病棟名レベルの協議材料とする作業は残されている。第三に、2026 年に確定した新たな地域医療構想の枠組みを圏域の実データに適用した研究は、制度の新しさゆえに筆者の知る限り存在しない。

以上の課題に対し、本稿は第 2-1 節に掲げた二つの問いを設定した。本研究は、先行研究が開発してきた定量的判定の発想を、公表個票のみで再現可能な形に実装する。その際、松田ら（2016）が示した病棟単位判定の限界への留保――個別確認を要するスクリーニングという位置づけ（第 6-4 節）――を保持しながら、構想が示してきたギャップ認識を最新データで測り直し、圏域の協議材料を更新するものである。

３．中播磨医療圏の概要

本章では、分析の前提として、圏域の構成・人口動態・疾病構造・医療提供体制の基本情報を整理する。

3-1. 圏域の構成と地理的特性

中播磨医療圏は、兵庫県南西部の姫路市と神崎郡３町（福崎町・市川町・神河町）の１市３町で構成される地域である（図１）。2018 年４月改定の兵庫県保健医療計画により、二次保健医療圏域としては西播磨と統合され「播磨姫路圏域」として運用されているが、地域医療構想（2016 年 10 月策定）の必要病床数は統合前の中播磨地域を単位に設定されており、本稿は一貫してこの中播磨地域を分析単位とし、「中播磨医療圏」と表記する。このため、保健医療計画に由来する統計（総人口・人口動態・死因・救急

等）は播磨姫路圏域単位の公表値を用い、本文中でその旨を明記する。圏域は瀬戸内海沿岸の平野部から市川に沿って北の中山間部へ細長く延び、人口・医療資源とも中核市である姫路市に強く集中する一方、北部の市川町・神河町は典型的な中山間地域である。この「都市部と中山間部の同居」が圏域の基本構図であり、ギャップの議論も市町別の人口動態を踏まえて行う必要がある。



図１：中播磨医療圏の構成と病床機能報告対象病院（全 32 病院）の立地

（注）円の面積は 2024 年度病床機能報告の許可病床数に比例。名称は病床数上位 10 病院および DPC 対象病院に付記。精神科病院等の報告対象外施設は含まない。

（出所：「国土数値情報（行政区域データ・医療機関データ）」（国土交通省）を加工し、病床機能報告（2024 年度）の公表個票（兵庫県，各年度）を用いて筆者作成）

3-2. 人口動態

播磨姫路圏域の総人口は、令和７年国勢調査速報（兵庫県独自集計）によれば 785,294 人（中播磨 556,040 人・西播磨 229,254 人）であり（兵庫県，2026）、2000 年以降減少を続けている（兵庫県，2024）。高齢化率は 2025 年に 30％を超え、2040 年には 35.1％、

後期高齢化率は 19.5%に達する見込みである。

旧中播磨の４市町計では、国立社会保障・人口問題研究所（2023）の最新推計（令和５年推計、2020 年国勢調査基準。以下、社人研推計）によれば、総人口は 2025 年の 558,687 人から 2040 年には 504,746 人へ約 10%減少する。重要なのは年齢構成の中身であり、75 歳以上人口は 2025 年の 95,133 人から 2040 年の 96,259 人へほぼ横ばい（+1.2%）にとどまり、65〜74 歳は 65,081 人から 80,096 人へ増加（+23.1%）する一方、65 歳未満は 398,473 人から 328,391 人へ大きく減少（△17.6%）する（図２）。

すなわち中播磨は、後期高齢者数が既にほぼ横ばいで、支え手が急減する圏域である。この事実は、2040 年の医療需要がほとんど伸びないことを人口の面から裏づけ、圏域の議論の軸を「病床を増やす」から「機能を付け替える」へ移す根拠となる。圏域内格差も顕著で、北部２町（市川町・神河町）は 2023 年推計でも 2040 年までに人口が 2020 年比で約 33%減少（計 14,611 人）する見込みである。

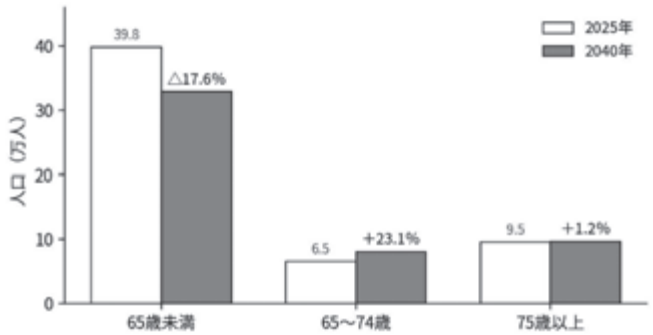

図２：中播磨（１市３町計）の年齢３区分別人口の変化（2025 年→2040 年）

（出所：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（令和５年推計）」より筆者作成）

3-3. 保健医療の基礎指標

播磨姫路圏域の人口動態統計（令和３年）では、出生数 5,370 人（出生率 6.6）に対し死亡数 9,745 人（死亡率 12.0）と年間４千人超の自然減が続いており、死因は悪性新生物 2,630 人（27.0%）、心疾患 1,692 人（17.4%）、老衰 911 人（9.3%）、脳血管疾患 643 人（6.6%）の順に多い。前回計画策定時と比べ悪性新生物・心疾患・老衰による死亡率が上昇しており、老衰の増加は、終末期を含む「治し支える医療」への需

要シフトを示す指標として新構想の包括期をめぐる議論に直結する。救急については、姫路市消防局が神崎郡３町を含めて救急業務を管轄しており、その範囲は中播磨医療圏とほぼ重なる。令和６年中の救急出場件数は 35,278 件（前年比+936 件）で、うち急病が 22,776 件（64.6%）を占める（姫路市消防局，2025）。

3-4. 医療提供体制

病床機能報告の公表個票がある病院は圏域に 32 施設であり、以下の集計と図表はこの報告 32 病院に基づく（対象範囲の詳細は第 5-2 節）。2024 年度報告の病床総数は 5,283 床（高度急性期 915・急性期 2,399・回復期 975・慢性期 928・休棟中 66）である。

圏域の中核は、兵庫県立はりま姫路総合医療センターと姫路赤十字病院の２つの大規模急性期病院である。はりま姫路総合医療センターは、2022 年５月に県立姫路循環器病センターと製鉄記念広畑病院の統合により開院し、2023 年４月に 736 床でフルオープンした県立病院で（兵庫県病院局，2024）、播磨姫路圏域約 80 万人の三次救急・高度専門医療を担う。姫路赤十字病院は、560 床の地域医療支援病院・災害拠点病院である。これに国立病院機構姫路医療センター等の 200〜400 床級の急性期病院群と、回復期・慢性期を主に担う 100 床未満の多数の中小病院群が続く。地域医療構想が想定する機能転換（急性期から包括期へ）の主たる担い手は、この多数を占める中小病院群である。

地理的には、報告 32 病院のうち 31 病院が姫路市に立地し、福崎町・市川町には病院が存在しない。北部で唯一の病院は神河町の公立神崎総合病院（140 床）であり、急性期・高度急性期 3,314 床のうち姫路市外に立地するのは同院の急性期 90 床のみ（2.7%）である（図１）。

病床規制の面では、2024 年改定の保健医療計画において播磨姫路圏域の基準病床数は 7,913 床、既存病床数は 7,761 床であり、既存が基準を 152 床下回る「非過剰」圏域である（兵庫県，2024）。

４．地域医療構想の制度枠組み

4-1. 地域医療構想とは何か

地域医療構想とは、「2025 年問題」を見据えて、都道府県が構想区域（原則として二次医療圏）ごとに将来の医療需要と病床の必要量を推計し、それに向けた医療提供

体制を地域の関係者の協議によって実現していく仕組みである。2014 年の医療介護総合確保推進法による医療法改正で制度化された（兵庫県は 2016 年 10 月策定）。仕組みは４要素からなる。①各医療機関が毎年病棟単位で病床機能（高度急性期・急性期・回復期・慢性期の４区分）を自己申告する「病床機能報告」、②レセプトデータ(NDB)の医療資源投入量から機能別の将来需要を推計する「必要病床数の推計」、③需給の突合と役割分担を議論する「地域医療構想調整会議」、④機能転換等を財政支援する「地域医療介護総合確保基金」である。

重要なのは、必要病床数が病床削減の強制目標ではないという点である。推計は全国一律の仮定に基づく参照値であり、各医療機関がこれを踏まえて自主的に機能を選択することが、制度の基本である。したがって圏域分析の役割は参照値と現状の差を正確に測り協議の材料を提供することにある。

4-2. 旧構想の枠組みと中播磨の必要病床数

地域医療構想（2025 年構想）では、患者に行われた診療行為を診療報酬の出来高点数に換算した「医療資源投入量」の大小により、患者を高度急性期（C1：3,000 点以上）・急性期（C2：600 点以上）・回復期（C3：225 点以上）・慢性期に区分する。そのうえで機能別の医療需要（１日当たり入院患者延べ数）を将来人口に当てはめて推計した上で、病床稼働率（高度急性期 75％・急性期 78％・回復期 90％・慢性期 92％）で割り戻して必要病床数を算出した。兵庫県地域医療構想（2016 年 10 月策定）は、中播磨構想区域の 2025 年必要病床数を高度急性期 658 床・急性期 1,959 床・回復期 1,901 床・慢性期 752 床・計 5,270 床と定めた（兵庫県，2016）。これに対し供給側の現状を示すのが病床機能報告（各医療機関による病棟単位の自己申告）であり、両者の差が「ギャップ」として議論されてきた。ただし両者は機能区分の判断基準が異なる（患者単位の資源投入量と病棟単位の自己申告）ため、そのまま比較することには限界があると国の資料でも明記されている。

4-3. 新構想（2040 年）の確定内容

2026 年３月にとりまとめられた新ガイドライン（厚生労働省，2026a；2026b）の要点は３つである。第一に、機能区分が見直され、従来の「回復期」は「包括期」に改められた。回復期の機能に加え「高齢者等の急性期患者について、治療と入院早期からのリハビリ等を行い、早期の在宅復帰を目的とした治し支える医療を提供する機能」を含む広い概念で、目安入院料として地域一般入院料１～３、地域包括医療病棟入院料、

回復期リハビリテーション病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料等が示された。

第二に、必要病床数の算出方法が更新された。需要は 2024 年度 NDB データを基礎とし、改革モデルとして「75 歳以上の患者のうち医療資源投入量からは急性期と見込まれる患者の５割を包括期の需要として算出する」こと、受療率の低下傾向を反映することが定められた。

第三に、病床稼働率が 2024 年度報告の実績（低稼働病棟を除いた中央値 78%・83%・87%・92%）に医療 DX による効率化分を上乗せした「高度急性期 79%・急性期 84%・包括期 89%・慢性期 92.5%」へ変更された（厚生労働省，2026a、表１）。この値は必要病床数算定のための換算係数であり、医療機関が目指すべき目標値ではない。兵庫県は 2026 年度中にこの方式で新構想を策定する予定であり、本稿の試算（第７章）は県公式推計に先行する叩き台の位置づけである。

表１：旧構想と新構想（2040 年）の主な推計パラメータの比較

項目	旧構想（2025 年）	新構想（2040 年）
機能区分	高度急性期・急性期・回復期・慢性期	高度急性期・急性期・包括期・慢性期
需要推計の基礎データ	2013 年度 NDB	2024 年度 NDB
改革モデル	—	75 歳以上急性期患者の５割を包括期需要へ振替、受療率の低下傾向を反映
病床稼働率（換算値）	75%・78%・90%・92%	79%・84%・89%・92.5%

（出所：兵庫県（2016）および厚生労働省（2026a）より筆者作成）

4-4. 旧構想期に全国で起きたこと―需要見込みと実績の乖離

新方式の設計の背景には、旧構想期に全国の入院需要の見込みが実績から大きく外れたという事実がある。現行構想の策定時には、当時の受療の状況がそのまま続くという前提で、全国の入院患者数は 2013 年を 100 として 2025 年に 121.6 まで増加すると推計された。しかし実績は、地域医療構想の取組、医療技術の高度化・低侵襲化、在院日数の短縮、受療行動の変化等により 2022 年に 92.4 まで低下し、2023 年でも 93.8 にとどまった（図３）（厚生労働省，2026a）。入院受診延日数は 2001 年度の 5.12 億日から 2024 年度の 4.41 億日へ、一般病床の病床利用率も 1996 年の 83%から 2024 年の 73%へ長期的に低下している。

つまり、「高齢化が進むのだから入院需要は増える」という前提は、実際のデータによって覆されたのである。新方式が受療率の低下を改革モデルとして織り込み、稼働率換算値を実績データに基づいて設定し直したのは、この経緯を制度に反映した結果といえる。

全国の見込みが実績を約３割上回った以上、同じ時期に形づくられた圏域のギャップ認識も、実績で検証し直す必要がある。本稿がその検証を最重要の論点とする理由はここにある。古い数字をそのまま使い続ければ、単に数値がずれるだけでは済まず、2040 年に向けた議論の方向（病床の総量を増やすのか、機能を付け替えるのか）そのものを見誤らせかねないからである。

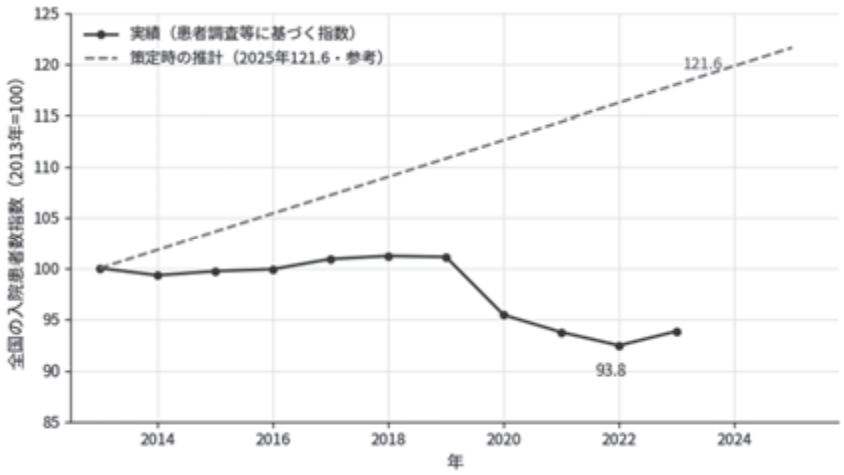

図３：全国の入院患者数指数の推移（2013 年＝100）

（注）実績値は 2013～2023 年。策定時の推計は 2013 年（100）と 2025 年（121.6）の両端を直線で結んだ参考表示。（出所：厚生労働省（2026a）より筆者作成）

５．データと方法

5-1. 作業仮説の設定―従来のギャップ認識

まず、本稿が検証する対象である従来のギャップ認識を明示する。既存の圏域分析（第２章）に基づく従来の認識では、中播磨の病床機能報告（2014 年度）は高度急性期 790 床・急性期 3,134 床・回復期 536 床・慢性期 1,104 床・計 5,564 床とされてきた。県構想の 2025 年必要病床数（計 5,270 床、うち急性期 1,959 床・回復期 1,901 床。第 4-2 節）との差から導かれた「急性期+1,175 床の大幅過剰」「回復期△1,365 床の

深刻な不足（必要量に対する充足率 28%）」が、この圏域の病床機能ギャップである。本稿ではこの認識を作業仮説として明示的に置き、直近の病棟別データ（第６章）と新方式による 2040 年推計（第７章）によって、それが現在も成り立つかどうかを検証する。

5-2. 病棟別データの整備

分析の基礎は、圏域の病院が県に提出した病床機能報告様式（様式１）の公表個票である。対象は病院に限り、有床診療所（2023 年度 14 施設、各 19 床以下）は含まない。ここから病棟単位のデータを抽出・統合した。収載規模は 2022 年度 113 病棟・29 施設、2023 年度 131 病棟・32 施設、2024 年度 129 病棟・32 施設である。

抽出したのは、病棟名、報告機能、許可病床数、在棟患者延べ数、新規入棟患者数、退棟患者数、手術総数、全身麻酔手術件数、重症度、医療・看護必要度（以下、看護必要度。該当割合・評価方式）の各項目である。これらから病床稼働率（在棟患者延べ数÷（許可病床数×年間日数））と平均在院日数（在棟患者延べ数÷（（新規入棟患者数＋退棟患者数）÷２））を算出した。品質管理として、全施設で病棟合計が様式の病院合計欄と一致することを検算した。

収載範囲について補足する。2022 年度は姫路聖マリア病院・三栄会広畑病院・石橋内科広畑センチュリー病院・金田病院の４施設の個票が県の公表ページに掲載されておらず、収載した 29 施設が公表分の全数である。2023・2024 年度はツカザキ記念病院の報告がなく、収載した 32 施設が公表された報告の全数である。つまり本データセットは、３年度とも入手可能な公表データをすべて収載しており、収集漏れはない。ただし 2022 年度の圏域合計はこの４施設（2024 年度時点で計約 680 床規模）を含まない。2023 年度との合計の差（4,750 床→5,291 床）の相当部分は、この収載範囲の違いによるものである。

急性期診療の内容面の検証には、DPC「退院患者調査」（令和４～６年度。厚生労働省，各年度）の施設別・MDC（主要診断群分類）別退院症例数を用いた。対象は中播磨の DPC 対象９病院（病院名は図６参照）で、MDC01～18 の年度別件数を病院単位で集計した。公表ファイルでは 10 件未満の値が秘匿されているため、集計値は秘匿セルを除く公表値の合計（実際の総数の下限）である。

急性期届出病棟には、次の判定を機械的に適用し、機能転換の候補を病棟単位で特定した（候補一覧は付録Ａ）。「看護必要度 25%以上または全身麻酔 10 件以上」であれば急性期実績あり、「全身麻酔ゼロまたは非公表（10 件未満）かつ必要度 20%未満・

測定なし」であれば転換候補（低実績）である。なお本稿の「低実績」は、公表指標上で急性期入院医療の実績が確認できないことを指す操作的な呼称であり、当該病棟の診療の質や経営状態の評価ではない。また本稿で用いたデータはすべて公開情報であり、個別の医療機関名・病棟名の記載は公表資料の範囲内に基づく。

5-3. 2040 年必要病床数の試算方法

試算の手順は４段階である（図４）。①2024 年度の実績患者数を把握し、②年齢層ごとの人口の増減を反映して 2040 年の患者数を推計し、③改革モデル（75 歳以上急性期の５割振替）を適用し、④新しい稼働率で必要病床数を算出する。

出発点は、2024 年度の機能別実績需要である。１日平均在院患者数（在棟患者延べ数÷366 日）で測ると、高度急性期 744 人/日・急性期 1,786・回復期 814・慢性期 723、計 4,066 人/日となる（各数値は四捨五入のため、内訳の合計は総計と一致しない）。この実績需要には、年度途中まで稼働した休棟中病棟の実績（15.0 人/日、慢性期に計上）を含む。病床機能報告に未収載のツカザキ記念病院の需要・病床は含まない。

2040 年の患者数の推計には、年齢３区分の人口変化指数（社人研令和５年推計、2025→2040 年：65 歳未満 0.82・65〜74 歳 1.23・75 歳以上 1.01）を用いた。前提とした 2025 年の中播磨総人口（社人研推計 558,687 人）は、令和７年国勢調査速報の実績 556,040 人と 0.5%以内で一致しており、試算の出発点は直近の実績と整合する。機能別需要の年齢構成は公表データがないため、仮定パラメータ（75 歳以上比率：高度急性期 35%・急性期 50%・包括期 65%・慢性期 75%）を設定した。需要加重した 75 歳以上比率（約 55%）が、令和５年患者調査（厚生労働省，2023）による全国値（約 57%）とおおむね一致することも確認した。

その上で、改革モデル（75 歳以上急性期需要の５割を包括期へ振替）を適用し、新稼働率換算値（79%・84%・89%・92.5%）で割って病床数に換算した。方法上の限界（機能区分の代用と受療率一定の仮定）は第９章で論じる。

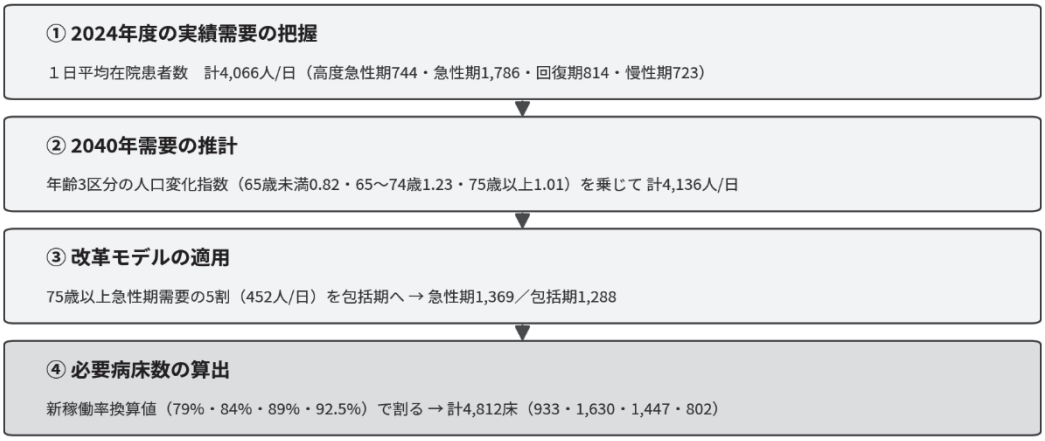

図４：2040 年必要病床数の試算手順（数値フロー）

６．ギャップ分析結果

6-1. 機能別病床数の推移―旧ギャップ認識の検証

年度別の報告病床数は表２のとおりである。

表２：中播磨医療圏における機能別報告病床数の推移（単位：床）

機能	2014 年度・従来認識	2022 年度	2023 年度	2024 年度
高度急性期	790	575	733	915
急性期	3, 134	2, 380	2, 614	2, 399
回復期	536	804	1, 046	975
慢性期	1, 104	895	898	928
休棟中	—	96	0	66
合計	5, 564	4, 750	5, 291	5, 283

（注）2014 年度報告値は、2014 年度病床機能報告に基づき兵庫県（2016）および日本医師会総合政策研究機構（各年度版）が示した値（有床診療所を含む）であり、構想上の「現状」として改定されないまま今日に至る。2022 年度は 29 施設の集計（個票が公表されていない４施設を含まない。第 5-2 節）、2023・2024 年度は全数 32 施設の集計である。2022〜2024 年度は病院のみで、有床診療所含まない。（出所：病床機能報告の公表個票（兵庫県，各年度）より筆者作成）

従来認識の「現状」は、兵庫県構想（2016 年策定）の策定時に参照された 2014 年度の病床機能報告、すなわち約 10 年前の時点の数値であることを、原資料との突き合わせで確認した。なお表２の 2022 年度は公表個票のない４施設を含まないため（第 5-2 節）、年度間で合計を比較できるのは、施設数がそろう 2023 年度と 2024 年度（いずれも 32 施設）の間に限られる。この 10 年で回復期は 536 床から 975〜1,046 床へほぼ倍増し、急性期は 3,134 床から 2,399 床へ 735 床減少した（うち 200 床強は、有床診療所を含む 2014 年度値と病院のみの 2022 年度以降との集計範囲の差による）。高度急性期の増加（575→915 床）は、はりま姫路総合医療センターの開院・フルオープンに伴い、高度急性期の報告が同院に集まったことが主因である。

6-2. 転換候補の推移—病棟単位で進む機能再編

回復期の増加は、病床総数が増えない中で生じており（表２）、新たな病床の整備によるものではなく、既存の病棟が一つずつ機能を転換してきた結果である。転換候補（低実績急性期）は 2022 年度８病棟 349 床、2023 年度 16 病棟 661 床、2024 年度 15 病棟 625 床と推移し、うち７病棟は３年連続で候補と判定されており、判定が一時的な変動ではなく持続的な実態を捉えていることを示す。2024 年度の急性期病棟（2,399 床）の約４分の１（625 床）が低実績であり、機能転換の検討対象は病棟単位で具体的に特定できる。

6-3. 稼働率と在院日数—偏在と乖離の可視化

2024 年度の需要総量（１日平均在院患者数 4,066 人/日）は、県構想が 2025 年に見込んだ需要（4,424 人/日）の約 92%にとどまる。これは全国で観察される現象（策定時の見込みでは 2025 年に 2013 年比 121.6 まで増えるとされたが、2023 年の実績は 93.8）の圏域版であり、「高齢化=入院需要増」という通念が既に成り立っていないことを示す。稼働の偏在も大きく、稼働率が 5.3%や 23.9%にとどまる低稼働の病棟と、一部の急性期病棟の 121.1%（100%超）が併存する。平均在院日数の機能別中央値は高度急性期 7.8 日・急性期 12.9 日・回復期 28.0 日・慢性期 176.8 日と、高度急性期から慢性期へ向かって段階的に長くなり、各機能の定義に沿った順である。一方で、急性期届出でありながら在院日数が回復期の水準に達する病棟も複数存在し、いずれも転換候補判定と重なる。独立した２指標が同じ病棟を指すことは判定の信頼性を裏付ける。

6-4. 判定ルールの根拠と限界

転換候補の判定に用いた２つの閾値には、それぞれ制度上の根拠がある。看護必要度25%は、急性期一般入院料の上位区分が求める該当患者割合の水準に対応する。全身麻酔 10 件は、病床機能報告の公表ルール（年間 10 件未満は「＊」として非公表）に対応する。つまりこの判定は、「上位急性期の施設基準を満たす実績があるか」と「手術の実績があるか」という、独立した２つの観点から急性期機能を測るものである。

この判定は、病棟の実態の変化を経年で捉えられる。例えば酒井病院３階病棟は、必要度が 26.7%（2022 年度）から 12.2%、15.7%へと低下し、２年連続で転換候補となった。一方で限界もある。木村病院地域包括ケア病棟の該当割合の大幅な変動（99.0%→68.0%）には、2024 年度診療報酬改定による評価項目・基準の変更という制度要因が含まれる（例えば、救急搬送後の患者を「該当」と数えられる日数が５日間から２日間へ短縮されるなど、該当の定義自体が変わった）。姫路聖マリア病院では 2024 年度に急性期 13 病棟すべてで必要度の評価方式が「報告なし」となり（2023 年度は該当割合を報告していた）、神野病院の急性期機能病棟 01 は必要度 49〜56%から 2024 年度に測定なしへ転じた。これらは診療実態の悪化ではなく、届出・報告方法の変更である可能性が高い。したがって機械的判定は「個別確認すべき病棟のスクリーニング」であって、最終判定ではない。

判定の閾値を動かしても、結論は変わらない。転換候補とみなす必要度の上限を基準の 20%から 15%へ引き下げると、候補は 11 病棟 443 床に絞られる。25%へ引き上げると、18 病棟 785 床に広がる（2024 年度）。どちらの場合でも包括期の不足（472 床）を上回る規模であり、閾値の選び方を変えても第８章の結論は変わらない。全身麻酔の閾値も同様である。10 件から 30 件へ引き上げても、新たに候補となる病棟はない。10 件未満へ引き下げることは、年間 10 件未満が「＊」として非公表となるため、公表データでは検証できない。

判定の妥当性は、判定ルールに使っていない独立の指標である平均在院日数で確認できる。2024 年度の急性期病棟を判定群別に比べると、「急性期実績あり」35 病棟の中央値は 10.9 日（四分位範囲 9.0〜13.5 日）、「転換候補」15 病棟の中央値は 18.6 日（同 14.9〜23.9 日）である。転換候補群の中央値は、実績あり群の第３四分位（13.5 日）さえ大きく上回る（図５）。判定に使っていない指標で分布がここまで分かれることは、判定が病棟の実態の違いを捉えている証拠である。

対照的に、病床稼働率の中央値は両群でほぼ同じ（81.6%と 81.5%）である。つまり本稿の判定が捉えているのは、病床の「量（どれだけ埋まっているか）」ではなく「機

能（提供している医療の中身）」である。転換候補は「空床を抱えた経営不振の病棟」ではない。病床は埋まっており、入院している患者の状態像が、急性期の医療よりも包括期の医療（リハビリ・栄養・口腔管理を中心とする医療）に適していると考えられる病棟である。

手術総数でも同じように分布が分かれる（ただし手術総数は判定に用いた全身麻酔件数と内容が重なるため、補助的な確認にとどまる）。実績あり群では 35 病棟中 31 病棟が件数を公表し、その中央値は 581 件に達する。転換候補群では 15 病棟中 12 病棟が年間手術 10 件未満であり、件数を公表する３病棟（203〜422 件）も全身麻酔は非公表の水準にとどまる。すなわち転換候補群では、外科的な急性期機能を量・質の両面で確認できない。なお本データは標本ではなく公表報告の全数（悉皆）であり、判定群自体が指標で定義されているため、妥当性の確認には有意性検定ではなく上記の記述統計による分布の比較を用いる。

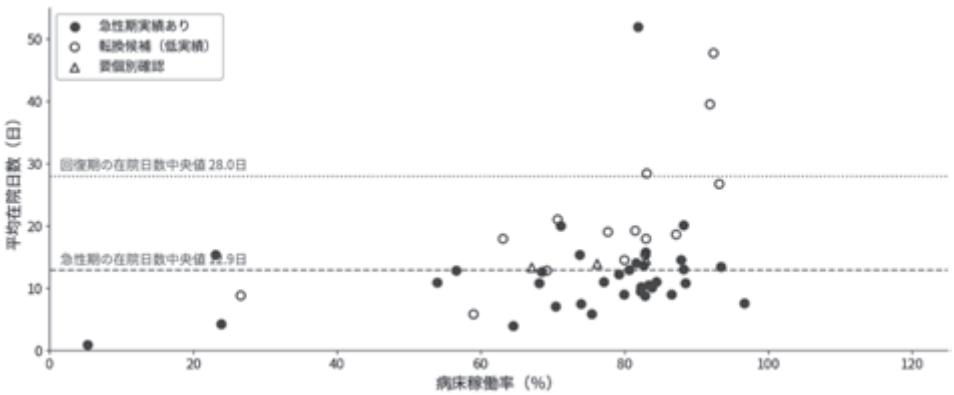

図５：急性期届出病棟の病床稼働率と平均在院日数（2024 年度）

（注）判定区分は第 5-2 節の判定ルールによる。破線・点線は機能別の平均在院日数中央値。

（出所：病床機能報告（2024 年度）公表個票（兵庫県，各年度）より筆者作成）

6-5. MDC 別にみた急性期診療の動向（2022〜2024 年度）

病床機能報告が示すのは、どの機能の病床が何床あるかという「体制」である。これに対し、DPC データの MDC（主要診断群分類）別退院症例数は、そこで実際にどのような疾患の患者がどれだけ治療されたかという「診療の中身」を示す。DPC 対象９病院の退院症例総数は、2022 年度 45,866 件、2023 年度 53,170 件、2024 年度 55,505 件と、２年間で 21.0%増加した（図６）。ただし、この増加の主因は圏域の需要の増加ではなく、供給側の変化である。開院初年（2022 年５月開院・640 床）だったはりま姫路総

合医療センターの立ち上がり（11,312 件→16,503 件）と、ツカザキ病院の症例拡大（5,317 件→8,586 件、うち眼科系 443 件→1,517 件）が、増加分の大半を占める。

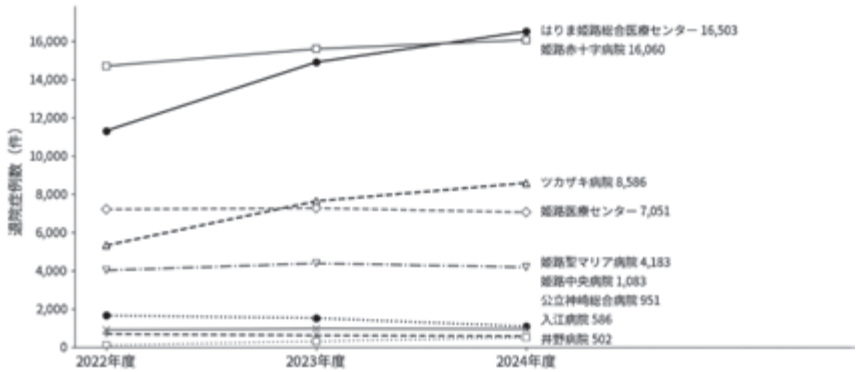

図６：DPC 対象９病院の退院症例数の推移（2022～2024 年度）

（注）数値は各病院の MDC01～18 の年度合計。年度は退院患者調査の対象年度（令和４～６年度）。（出所：DPC 退院患者調査・施設別 MDC 別集計（厚生労働省，各年度）より筆者作成）

診療内容の構成(2024 年度)を見ると、最多は消化器系(MDC06)の 13,940 件(25.1%)である。以下、呼吸器系 14.2%、循環器系 11.4%、腎尿路系 8.1%、神経系 6.7%、外傷 6.6%と続く。2022 年度からの伸びが大きいのは、皮膚系（+43.7%）、呼吸器系（+38.9%）、耳鼻咽喉科系（+32.7%）である。呼吸器系の増加は、高齢者の肺炎・誤嚥性肺炎等の増加と、感染症５類移行後の受診回復を反映しているとみられる。増加しているのは、新構想が「高齢者救急」として包括期の受け皿整備を求める症例群である。対照的に、新生児（△29.9%）と小児（△8.6%）は明確に減少している。増える高齢者救急と減る周産期・小児という需要の非対称は、病床の量だけでなく、診療機能の再配置の必要性を示す。

施設別にみると、急性期症例は少数の大規模病院に集まる傾向が強まっている（図７）。2024 年度は、はりま姫路総合医療センター(16,503 件)が姫路赤十字病院(16,060 件）を上回って圏域最多となった。ツカザキ病院を加えた上位３病院で、全症例の 74.1%を占める。一方、本稿の判定で転換候補病棟を抱える一部の病院では、症例が減少している（2022 年度比△34.4%、△15.3%）。病棟判定（供給側の低実績）と DPC データ（症例減）という独立した２系統のデータが、同じ病院群を指している。このことは、第 6-2 節の転換候補リストが実態を捉えていることの裏づけとなる。同時に、圏域の「機能分化度」の評価が公開データの組合せで実装できることも示している。なお本節のデータは DPC 対象病院に限られ、2022 年度は開院初年の特殊要因を含む点に留

意が必要である。

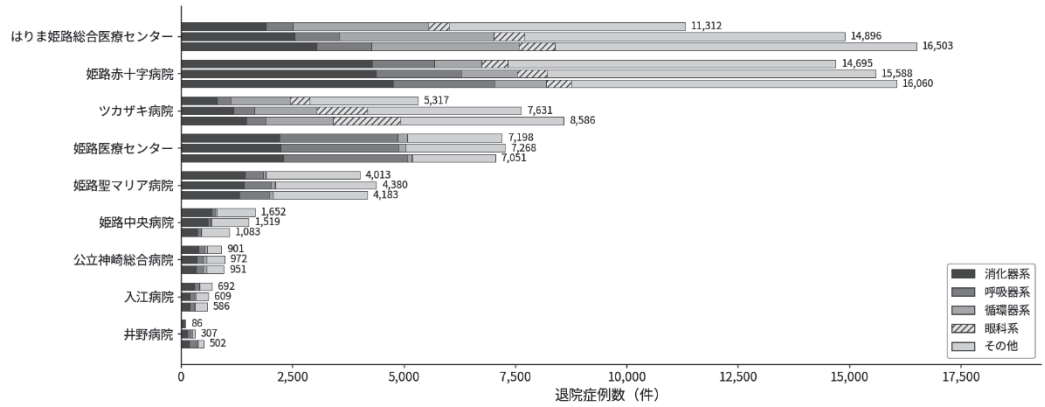

図７：病院別・MDC 別退院症例数の変化（2022～2024 年度）

（注）各病院とも上から 2022・2023・2024 年度。内訳は消化器・呼吸器・循環器・眼科系の４分類、数値は年度合計（秘匿セルを除く公表値）

（出所：DPC 退院患者調査・施設別 MDC 別集計（厚生労働省，各年度）より筆者作成）

７．新方式による 2040 年必要病床数の試算

第 5-3 節の手順（図４）を圏域データに適用した試算結果は表３のとおりである。

表３：新方式による 2040 年必要病床数の試算結果（単位：床）

機能	2024 年度報告病床数	2040 年必要病床数(試算)	過不足(報告−必要)
高度急性期	915	933	△18(ほぼ均衡)
急性期	2,399	1,630	+769(過剰)
包括期	975	1,447	△472(不足)
慢性期	928	802	+126(過剰)
休棟中	66	—	+66
合計	5,283	4,812	+471(約 9%過剰)

（注）休棟中は必要病床数の算出対象外、過不足欄には報告病床数をそのまま過剰分として計上。

（出所：厚生労働省（2026a）のパラメータおよび国立社会保障・人口問題研究所（2023）の令和５年推計人口を用いて筆者試算）

包括期不足の縮小は、供給側の回復期積み上がりと、需要側の数え方の変更（75 歳以上急性期需要の５割振替により急性期需要の約 25%・452 人/日が包括期へ移動）の両方による。急性期過剰の解消経路は、第８章で転換候補と対応づけて検討する。参考として、現行構想の需要水準（4,424 人/日）を出発点として同じ手順で 2040 年の需要を推計した上限ケースでも必要病床数は計 5,190 床であり、本試算と上限ケースのいずれでも、2040 年の必要病床数は現在の報告病床数 5,283 床を下回る。すなわち、総量の縮小という方向は、前提の置き方によって変わらない。

機能別にみると、高度急性期（報告 915 床・必要 933 床）はほぼ均衡しており、はりま姫路総合医療センターの開院・フルオープンを経た現在の規模は、2040 年の需要にも概ね見合っている。急性期の過剰 769 床は、需要が微増（成長率 1.02）であるにもかかわらず生じている。その原因は人口ではなく、需要の数え方が変わったこと（75 歳以上の５割振替）にある。すなわちこの過剰が示しているのは、これまで急性期病棟で診てきた高齢救急患者を、リハビリ・栄養・口腔管理を包括的に提供する病棟で診るという、提供体制の質的な転換である。包括期の不足 472 床は従来認識の 1,365 床不足の約３分の１だが依然として圏域最大の整備課題であり、その解消の経路は、病床の新設ではなく急性期からの転換である（第 8-2 節）。慢性期の過剰 126 床は療養病床から在宅・介護施設への移行という全国方針と整合するが、北部中山間地域では在宅の受け皿が薄く、圏域一律の削減論ではなく地区別の検討を要する。さらに、需要ベースの「過剰」と病床規制上の「非過剰」が併存する制度上の二重構造には留意が必要である（第 8-3 節で詳述）。

８．考察

8-1. ギャップの構図の転換―「回復期の不足」から「急性期の付け替え」へ

まず、第一のリサーチクエスチョンに対する本稿の答えを述べる（結果は第 6-1 節）。回復期がほぼ倍増し、急性期が 735 床減少した結果、回復期 1,365 床不足・急性期 1,175 床過剰という旧ギャップ認識は、現状では成立しない。なお、旧認識と同じ 2025 年必要病床数（回復期 1,901 床・急性期 1,959 床）を基準に 2024 年度報告を測り直すと、回復期の不足は 926 床、急性期の過剰は 440 床まで縮小している。すなわち、ギャップが消えたのではなく、1,365 床・1,175 床という数字が現状に合わなくなった。

次に、第二のリサーチクエスチョンに対する本稿の答えを述べる（試算結果は第７章）。圏域の課題は、「回復期 1,365 床の不足・急性期 1,175 床の過剰」から、「包括

期約 470 床の不足・急性期約 770 床の過剰・総量約９％の縮小余地」へと構図が変わる。

両リサーチクエスチョンへの回答を踏まえると、次に問うべきは、何がこの構図の変化を生んでいるのかである。2023 年推計では 75 歳以上人口がほぼ横ばいとなるため、需要の量的な変化は機能別に△１～+３％と小さい。構図を変えているのは量ではなく、需要の数え方の変更、具体的には 75 歳以上急性期需要の５割振替（第 4-3 節）である。すなわち 2040 年に向けた中播磨の病床機能ギャップは、「病床が足りるか足りないか」という量の問題から、「同じ患者をどの機能の病棟で診るか」という役割の付け替えの問題へと変わっている。ギャップを病床数の過不足としてのみ捉える従来の見方は、実態に合わなくなっている。

8-2. ギャップ解消の経路―転換候補という具体的な担い手

新しいギャップの解消経路は、本稿のデータで具体的に特定できる。急性期の過剰 769 床に対し、看護必要度・全身麻酔実績に基づく転換候補（低実績急性期）は 15 病棟 625 床（図８）と過剰の約８割に相当する規模であり、包括期の不足 472 床はこの転換候補群からの機能転換で量的には十分に賄える。

判定には用いていない MDC 別症例数の分析（第 6-5 節）でも、転換候補を抱える病院で急性期症例が減少していることが確認できた。転換の担い手は主として中小病院の一般病棟である。急性期症例が大規模病院に集まるにつれて（第 6-5 節）、中小病院の急性期病棟の実績は減り、転換候補はそこに生まれる。つまり、大規模病院への症例の集中と、中小病院での転換候補の発生は、同じ患者の流れの結果である。

さらに、機能指標（看護必要度・全身麻酔・在院日数）が「何の機能へ」を、稼働率が「どの規模で」を決めるという、互いに独立した２つの軸で転換候補 15 病棟を区分すると、稼働率 80%以上が９病棟 377 床、60～80%が４病棟 175 床、60%未満が２病棟 73 床である。高稼働の候補には患者が現にいる以上、病床規模を概ね維持したまま機能を転換する経路が想定される（床数ベースで 60%が稼働率 80%以上）。低稼働の候補（73 床）では、ダウンサイジングや病棟統合を組み合わせた再編が現実的な経路となる。この整理により「転換候補 625 床」を、機能転換型（377 床）・中間型（175 床）・規模再編型（73 床）という経路別の政策単位に分解できる（図９）。

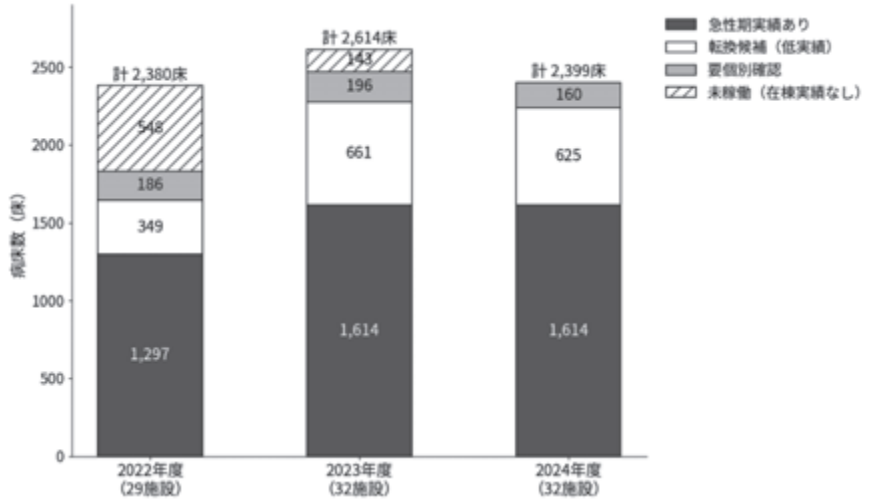

図８：急性期届出病棟の判定内訳の推移（病床数）

（注）2022 年度は個票が公表されていない４施設を含まない。判定区分は第 5-2 節による。

（出所：病床機能報告の公表個票（兵庫県，各年度）より筆者作成）

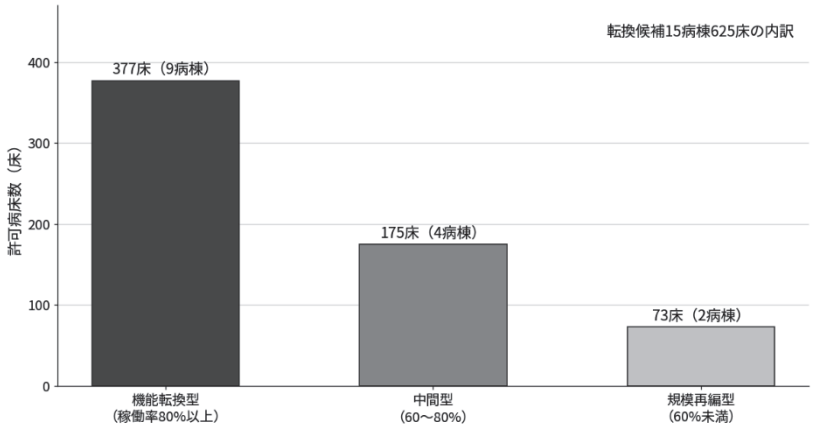

図９：転換候補 15 病棟の稼働率区分別内訳―経路別の分解（2024 年度）

（出所：病床機能報告（2024 年度）公表個票（兵庫県，各年度）より筆者作成）

もう一つの分岐軸は手術実績の有無である。転換候補のうち手術件数を公表する３病棟（計 95 床、年間 203～422 件。内訳は付録Ａ）は現に手術症例を抱えており、転換にあたって調整すべき課題が相対的に大きい層である。ただし、地域包括ケア病棟・地域包括医療病棟では手術・麻酔は入院料の包括範囲外（出来高算定可能）とされ、転換後も手術は継続できる。多病棟病院では院内の他の急性期病棟への症例集約も可能で

ある。さらに在院日数が極端に短い一部の候補病棟（７日前後）の手術は、短期滞在手術等基本料や外来手術への移行に適している。したがって手術ありの候補は、転換が難しい層ではなく、院内集約・外来化・手術継続型転換という複数の経路を持つ層として捉えられる。

また、転換の議論には地理的な非対称がある。転換候補 15 病棟のうち神崎郡に立地するのは公立神崎総合病院北館２階（45 床）のみだが、同院は北部３町で唯一の病院であり（図１）、その急性期 90 床は北部住民にとって最寄りの急性期医療そのものである。姫路市内の転換が「市内の別の病院で受け止められる」再配置であるのに対し、北部での転換は急性期へのアクセスの低下につながりかねず、圏域平均のギャップ論をそのまま適用できない。北部については、人口３割減という需要の縮小と、アクセス確保という公平性の両方を満たす個別の対応（例えば包括期転換と救急初期対応機能の併存）が必要である。

４つの指標（看護必要度・全身麻酔件数・手術総数・平均在院日数）が転換を根拠づける論理は、急性期機能の実在を患者像・医療内容・滞在実態という互いに独立した側面から測る「三角測量」にある。各指標の閾値の制度的根拠は第 6-4 節に示したとおりである。独立の３側面すべてで急性期の実在が確認できない病棟にとって、包括期への転換は、機能を変えることではなく、報告上の区分を診療の実態に合わせることであり、現状の診療を否定するものではない。逆に、単一指標のみに依拠すれば誤判定が生じる（短時間手術中心で必要度が構造的に低くなる診療科の病棟など）。複数指標の一致を条件とするからこそ、判定は個別の医療機関に対して説得力を持つ。転換は患者の観点からも合理化できる。必要度の低い高齢患者にとって、急性期病棟では看護配置の過剰とリハビリ・栄養・口腔管理の過少が併存しており、包括期病棟の方が、ADL の低下を防ぎ、在宅復帰につながりやすいからである。

8-3. 需要と規制の二重構造—ギャップ解釈の前提

病床機能ギャップの議論では、基準病床数との関係にも注意が必要である。第 3-4 節で述べたとおり、播磨姫路圏域は基準病床数 7,913 床に対し既存病床数 7,761 床であり、病床規制の上では 152 床の増床の余地が残る。これは第７章で示した急性期過剰・包括期不足と矛盾するように見える。しかし、同じ「病床数」という言葉が、目的も算定方法も異なる３つの数字に使われているだけである。必要病床数は将来の需要を機能別に推計した参照値で、第７章の過剰・不足はこの参照値と報告との差を指す。基準病床数は、医療計画が全国一律の算定式で定める病床数の上限であり、既存病床数は

その上限に対する現在の病床数で、増床の余地は両者の差にあたる。報告病床数は各病院が自己申告した現状の値である。どの数字とどの数字の差を論じているのかを区別すれば、「過剰なのに増床の余地がある」ことは矛盾ではない。

8-4. 政策的含意と圏域ギャップ分析の要件

以上の考察から、３つの含意を導く。第一に、調整会議への含意である。2026 年度以降の播磨姫路圏域の協議において、本稿の分析結果は、抽象的な機能転換論を、「どの病棟が、どの機能へ」という具体的な協議に変える材料となる。特に 2028 年度までに各医療機関が決定する「医療機関機能」の議論では、急性期症例の集中（上位３病院で 74.1%）を踏まえた急性期拠点機能の担い手と、高齢者救急・地域急性期機能を担う中小病院群の役割選択が焦点となる。転換候補の病棟リストは、その出発点の材料になり得る。

第二に、需要の質への含意である。増える高齢者救急（呼吸器系症例+39%）と減る周産期・小児（新生児△30%・小児△9%）という需要の非対称は、包括期の受け皿整備と周産期・小児の集約という、方向の異なる２つの再編が同時に必要になることを示している。

第三に、方法への含意である。圏域のギャップ分析が備えるべき要件は３つある。①誰でも同じ計算をやり直せるように、用いた様式・項目・計算式を示し、検算すること（再現可能性）。②目的の異なる３つの「病床数」を区別し、用語を厳密に使うこと。③需要の前提を現行構想の水準に置き換えた上限ケース（5,190 床）の併記や、判定閾値の感度分析のように、前提を変えると結論がどうなるかを確かめられる形にしておくこと（反証可能性）。構想策定時の単一時点の対比が約 10 年間更新されなかった経緯（第 2-5 節）を踏まえれば、ギャップは一度測って終わる数字ではなく、毎年度の病床機能報告によって更新され続けるべき測定である。

8-5. 個別医療機関の経営意思決定への含意—病棟構成の見直し

最後に、圏域レベルの分析を、個別医療機関の経営の視点から捉え直す。地域医療構想は行政による強制ではなく、各病院の自主的な選択の積み重ねとして実現される。したがって、機能転換が進むかどうかは、最終的には各医療機関の経営判断に委ねられている。

経営の観点からみれば、機能転換とは、どの病棟をどの機能に充てるかという病棟構成の見直しである。本稿の４指標は、自院の急性期の報告に診療の実績が伴ってい

るかの点検に、稼働率×手術実績の２軸は、機能転換型・規模再編型（第 8-2 節）や院内集約・外来化といった転換経路の選択マトリクスに、そのまま診断ツールとして使える。

転換を後押しする経営合理性は三点に整理できる。第一に、診療報酬の構造である。急性期の入院料は看護必要度などの施設基準を満たし続けることが算定の前提であり、実績が基準に届かなければ上位の入院料を維持できず、より低い区分への変更（収入減）につながり得る。一方、転換先となる包括期には、地域包括医療病棟入院料（2024 年度新設）や地域包括ケア病棟入院料といった、機能に対応する入院料が設けられている。単価の高い急性期からの転換は減収にみえる。しかし実績が基準に届かない病棟の入院料はいずれ下位区分へ下がるため、転換後の収入は、維持できない上位区分ではなく下位区分と比べることになる。包括払いの包括期入院料は、出来高の少ない病棟では下位区分と同等以上の収入水準になり得る。第二にタイミングである。2028 年度までに医療機関機能の決定が求められ、増加する高齢者救急という成長市場では先行者利益が働く。第三に価値の論理である。Porter and Teisberg（2006）のいう患者にとっての価値（アウトカム÷コスト）に照らせば、包括期転換は同じ患者により適合したケアをより効率的に提供する「価値の改善」となる。

一方で転換は看護配置の変更と多職種確保という組織再設計を伴う。また、どの機能を何床とするかという病床規模の決定は、病院経営に大きな影響を及ぼす。だからこそ、病床規模を決める際には、後から需要データで確かめられる根拠が必要であり、本稿の病棟単位データはその外部環境分析の基礎資料として直接利用できる。

９．限界と今後の課題

本分析には５つの限界がある。第一に、新型コロナウイルス感染症の一時的な影響と、構造的な変化との区別である。分析期間（2022〜2024 年度報告＝2021〜2023 年度実績）は、コロナ禍の期間と５類移行（2023 年５月）後の期間にわたる。このため、「実績需要が構想見込みの 92%にとどまる」「低稼働病棟が存在する」という観察には、受診控えや病床確保といった一時的な影響と、受療率の低下という構造的な変化の両方が含まれている可能性がある。本稿は、５類移行後を含む 2024 年度報告を用いて判定と試算を行い、この影響を抑えた。全国データの長期推移を踏まえれば、この需要水準の低さの大部分は構造的なものとみてよいが、一時的な影響と厳密に分けるには、今後数年度の追跡が必要である。

第二に、機能区分の代用である。本稿は機能区分を病床機能報告の報告機能で代用しており、国の NDB 医療資源投入量ベースの区分とは一致しない。高度急性期が構想値 658 床に対し報告 915 床と多いのは、この区分差の典型である。第三に、受療率を一定とみなす仮定である。国の改革モデルは受療率の低下も織り込むため、正式推計は本試算より小さく出る可能性が高い。したがって本試算は、過剰幅を控えめに見た保守的な値といえる。

第四に、判定基準側の変化である。2024 年度に看護必要度の基準が改定されたため、転換候補数の年次推移（８→16→15 病棟）には、基準変更の影響が一部含まれている可能性がある。第五に、届出・報告方法の変更である。実態の変化に見えて実は届出の変更である事例があり（第 6-4 節）、調整会議等での個別確認が必要である。今後の課題は２つある。一つは、機能区分の精密化である。国は、届出された入院料ごとに標準的な報告機能を示す対応表（報告の目安）を公表しており、これに沿って自己申告の報告機能を確かめ直すことで、区分の精度を高められる。もう一つは、兵庫県が 2026 年度中に公表する公式推計への数値の差し替えである。

分析の範囲を広げることも今後の課題である。新たな地域医療構想は、入院医療に加えて、外来医療・在宅医療・介護との連携・医療従事者確保までを対象とし、医療計画の上位概念と位置づけられている（厚生労働省，2026a）。本分析が扱ったのは、そのうち入院（病床）の部分に限られる。慢性期病床の過剰分（試算で 126 床）については、在宅・介護側の受け入れ体制（第９期介護保険事業計画の施設整備量、在宅療養支援診療所・訪問看護の供給力）との突合が必要である。あわせて、病棟単位の分析を、2028 年度までに各医療機関が報告・協議する「医療機関機能」（高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能、専門等機能など）の病院単位の議論へつなぐことが、本データセットの次の活用課題である。

１０．結論

本稿は、地域医療構想における病床機能のギャップを、中播磨医療圏を対象に 2026 年時点の制度枠組みと直近データで測り直した。結論は３点に要約される。第一に、この圏域の構想が示してきたギャップ認識（回復期 1,365 床の不足・急性期 1,175 床の過剰）は、現状では成立しない。回復期はほぼ倍増して不足は３分の２程度まで、急性期の過剰は半分以下まで縮小しており、その縮小の多くは既存病棟の機能転換によるものである。第二に、新方式による 2040 年の構図は、「包括期約 470 床の不足・急性

期約 770 床の過剰・総量約９％の縮小余地」である。ギャップの性質は、病床の量の問題から、75 歳以上の急性期患者を包括期の病棟で受け止めるという役割の付け替えの問題へと変わった。過剰急性期の規模（769 床）は病棟単位で特定した転換候補（15 病棟 625 床）と過剰の約８割に相当し、付け替えの担い手の候補まで具体的に示した。第三に、播磨姫路圏域は病床規制の観点では非過剰である。需要からみるか規制からみるかで過不足の評価は異なり、この二つを区別することが、「過剰なのに増床余地がある」という見かけの矛盾を避け、ギャップを正しく解釈する前提となる。

最後に、本稿の含意を述べる。実務面では、本稿が示した転換候補と包括期不足の突き合わせは、2026 年度以降の播磨姫路圏域の調整会議において、抽象的な機能転換論を、病棟名レベルの具体的な協議に変える材料となる。その際、北部で唯一の急性期病院をめぐる地理的公平性（第 8-2 節）のような圏域内の非対称への配慮が、数字を運用する上での条件となる。経営面では、本稿の４指標と２軸の枠組みが、転換候補を抱える個別病院が病棟構成を見直す際の診断ツールとして機能する（第 8-5 節）。学術面では、本稿の方法は他の二次医療圏にもそのまま適用できる。公開情報である病床機能報告の個票を病棟単位で構造化し、判定ロジックと検算を明示することで、誰でも再現できる圏域分析の型を示したからである。構想の目標年が 2040 年へ移るいま、求められているのは新しい推計手法の解説でも過去のギャップの回顧でもなく、両者を最新データでつなぐ作業である。本稿がその一つの実例として、圏域の建設的な議論の材料となることを願う。

謝辞

本稿を執筆するにあたり、兵庫県立大学大学院社会科学研究科の木下隆志教授に丁寧なご指導を賜りましたことに、心より感謝申し上げます。最後に、兵庫県立大学大学院社会科学研究科の医療・介護マネジメントコースにおいてご教授いただきました教員の皆様、そしてともに学んだ同期の皆様に重ねて感謝申し上げます。

参考文献

[1] Porter, M. E., & Teisberg, E. O. (2006). Redefining health care: Creating value-based competition on results. Harvard Business School Press. （山本雄士訳『医療戦略の本質―価値を向上させる競争』日経 BP 社、2009 年）

[2] 厚生労働省（2023）「令和５年患者調査」。

[3] 厚生労働省（各年度）「DPC 導入の影響評価に係る調査（退院患者調査）」（令和

４・５年度）および「DPC の評価・検証等に係る調査（退院患者調査）」（令和６年度）施設別 MDC 別集計。
［4］ 国立社会保障・人口問題研究所 (2023)「日本の地域別将来推計人口（令和５年推計）」。
［5］ 鈴木修一ほか (2024)「ポストコロナ期における地域医療構想の展望」『日本医療・病院管理学会誌』61(1)、17-24 頁。
［6］ 田中昌昭 (2021)「トピックモデルを用いた病床機能報告データの分析」『医療情報学』41(1)、3-11 頁。
［7］ 日本医師会総合政策研究機構（各年度版）「地域の医療提供体制の現状―都道府県別・二次医療圏別データ集」日医総研ワーキングペーパー。
［8］ 野田龍也ほか (2017)「地域医療構想の推進に資する急性期指標の開発」『厚生の指標』64(4)、9-14 頁。
［9］ 姫路市消防局 (2025)「救急統計（令和６年中）・消防年報」。
［10］ 兵庫県 (2016)『兵庫県地域医療構想』。
［11］ 兵庫県 (2024)『兵庫県保健医療計画』。
［12］ 兵庫県（各年度）「病床機能報告（令和４～６年度報告）公表個票」。
［13］ 兵庫県病院局 (2024)「病院事業決算（令和４・５年度）」。
［14］ 松田晋哉 (2015)『地域医療構想をどう策定するか』医学書院。
［15］ 松田晋哉 (2020)『地域医療構想のデータをどう活用するか』医学書院。
［16］ 松田晋哉ほか (2016)「病床機能報告制度のより適切な報告方法についての検討」厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）「病床機能の分化・連携や病床の効率的利用等のために必要となる実施可能な施策に関する研究」平成 27 年度分担研究報告書。
［17］ 吉井健悟ほか (2019)「病床機能報告を用いた医療提供体制における地域性の検討」『Studia humana et naturalia』第 53 号、29-35 頁。
［18］ 吉田かおり (2016)「兵庫県中播磨医療圏域の地域医療構想における必要病床数の推計とその課題」『商大ビジネスレビュー』6(2)、251-266 頁。

引用ホームページ

［1］ 厚生労働省 (2026a)「新たな地域医療構想策定ガイドラインについて」（第 12 回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会資料１－１）
https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001664433.pdf（2026 年 7 月 20 日

アクセス）
[2] 厚生労働省（2026b）「新たな地域医療構想策定ガイドラインについて」（令和７年度医療政策研修会資料６）
https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001674533.pdf（2026年7月20日アクセス）
[3] 厚生労働省（2026c）「地域医療構想における取組について」（医政発0708第12号、令和８年７月８日）
https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001720696.pdf（2026年8月12日アクセス）
[4] 兵庫県（2026）「令和７年国勢調査速報結果（県独自集計）」
https://web.pref.hyogo.lg.jp/kk11/jinkou-tochitoukei/kokuseichousar7sokuhou.html（2026年8月13日アクセス）

付録Ａ　転換候補病棟の一覧（2024年度）

表４：転換候補と判定された15病棟の判定根拠（2024年度）

病院名	病棟名	許可病床	稼働率%	必要度%	評価方式	手術総数	全身麻酔	在院日数(日)
公立神崎総合病院	北館２階病棟	45	77.7	19.1	必要度Ⅱ	＊	0	19.0
石川病院	地域包括ケア病棟	29	83.1	—	必要度Ⅰ	＊	0	28.4
姫路中央病院	３階東病棟	43	63.1	14.1	必要度Ⅱ	＊	＊	17.9
姫路第一病院	１病棟	50	87.2	—	—	320	＊	18.6
酒井病院	３階病棟	39	70.7	15.7	必要度Ⅰ	＊	0	21.0
厚生病院	Ａ病棟(一般病棟)	50	91.9	—	—	＊	0	39.5
厚生病院	Ｂ病棟(一般病棟)	38	92.4	—	—	＊	0	47.7
はりま姫路総合医療センター	12階西病棟	48	69.2	19.1	必要度Ⅱ	＊	＊	12.8
はりま姫路総合医療センター	５階西病棟	20	83.0	—	—	422	＊	17.9
國富胃腸病院	本館病棟	50	81.5	—	—	＊	0	19.2
姫路医療センター	C3	50	82.9	17.4	必要度Ⅱ	＊	＊	15.3
入江病院	2B病棟	42	93.2	6.1	必要度Ⅰ	＊	＊	26.7
姫路聖マリア病院	カナ館５階	25	59.0	—	—	203	＊	5.8
姫路聖マリア病院	マリア館４階	48	80.0	—	—	＊	0	14.5
姫路聖マリア病院	マリア館５階	48	26.6	—	—	＊	＊	8.8
計	15病棟	625						

（注）「＊」は年間10件未満（非公表。手術総数・全身麻酔件数に適用）、「—」は報告なし（測定なし）。評価方式に記載があり該当割合が同記号の病棟は、方式の届出はあるが割合の報告がないことを示す。稼働率＝在棟患者延べ数÷（許可病床数×365）（第5-3節の需要計算は国の算定式に合わせ366日。差0.3%で結果に影響しない）。平均在院日数＝在棟患者延べ数÷（（新規入棟患者数＋退棟患者数）÷2）。
（出所：病床機能報告（2024年度）公表個票（兵庫県，各年度）より筆者作成）