人口減少地域における中小規模公立病院の機能変容
―患者フローからみた地域医療機能の分析―

森田　勲

キーワード：ケアミックス病院、入口・院内接続・出口構造、ポストアキュート、サブアキュート、新たな地域医療構想、患者フロー分析

１．研究背景と問題意識

1-1.　人口減少・高齢化と地域医療提供体制の再編

我が国では、人口減少と高齢化が同時に進行し、とりわけ地方部では、生産年齢人口の減少、医療従事者の確保難、高齢者救急の増加、慢性疾患や多疾患併存患者への対応が重なっている。こうした変化は、医療需要を単純に縮小させるのではなく、必要とされる医療の内容を、若年・壮年層を中心とした急性期治療から、高齢者の急変対応、早期離床、リハビリテーション、退院支援及び在宅療養支援を組み合わせた包括的な医療へと変化させている。

総務省（2022）は「持続可能な地域医療提供体制を確保するための公立病院経営強化ガイドライン」において、公立病院に対し、地域医療構想等との整合性を確保しながら地域で担うべき役割・機能を明確化し、病院間の機能分化と連携を強化することを求めている。したがって、人口減少地域の公立病院を評価する際には、財務収支や病床利用率だけでなく、地域の中でどの患者を受け入れ、治療後にどこへつなぐのかという医療提供機能の実態を検証する必要がある。

また、厚生労働省（2026b）が進める新たな地域医療構想では、2040 年頃を見据え、病床機能だけでなく、外来、在宅医療、介護との連携を含む地域全体の医療提供体制を検討する方向が示されている。これは、病院の機能を病床区分の保有状況だけで把握するのではなく、地域の病床機能報告（兵庫県，2026）が示す病床機能の分布や、地域内の患者移動と医療・介護資源の接続関係から捉える必要性を示している。

1-2.　公立病院改革と中小規模公立病院の役割

公立病院は、救急医療、へき地医療、小児・周産期医療など採算性のみでは安定的な供給が困難な医療を担い、地域の医療機関、介護事業所及び行政を結ぶ役割を期待される（総務省，2022）。人口減少地域の中小規模公立病院に期待されるのは、大規模急性期病院と同等の高度急性期機能よりも、地域住民の身近な急変への対応、急性期病院からの患者受入れ、在宅復帰支援等を通じた地域内の患者循環の維持である（総務省，2022；厚生労働省，2019）。この役割の特徴は、限られた病床・人員で複数の医療需要に対応し、それらを適切に接続する点にある。複数の病棟機能を保有していても、それが実際の患者の流れとして機能しているかどうかを保証しない。

1-3.　地域包括ケアシステムと病院機能

地域包括ケアシステムは、医療、介護、予防、住まい及び生活支援を、本人の状態に応じて地域で継続的に提供する仕組みとして構想されている。筒井（2009）は、地域包括ケアを個別サービスの集合ではなく、複数のサービスを利用者の状態に応じて組み合わせ、継続的に提供するシステムとして論じている。この観点に立てば、病院には治療を完結させる機能だけでなく、入院前の生活状況を踏まえて患者を受け入れ、治療後の生活へ接続する機能が求められる。

1-4.　ケアミックス病院概念の整理

「ケアミックス病院」について統一的な定義は確立されておらず、厚生労働省の調査研究でも類型として扱われている。例えば、厚生労働省の病院経営管理指標では、一般病院・療養型病院・精神科病院と並ぶ類型として、病床構成に基づき「ケアミックス病院」を設定している（厚生労働省，2010）が、本研究では、急性期、回復期、在宅復帰支援等の複数機能を備え、患者の病状・生活機能の変化に応じてこれらを接続しながら切れ目のない医療を提供する医療機関として広義に捉える。研究対象の地方独立行政法人たつの市民病院機構たつの市民病院（以下「たつの市民病院」という）は、急性期一般病棟、地域包括ケア病棟及び回復期リハビリテーション病棟を有し、急性期治療から回復支援、在宅復帰支援までの複数機能を担っていることから、同院を広義のケアミックス病院と位置づけ、以下「ケアミックス病院」と表記する。

1-5.　高齢者救急とポストアキュート・サブアキュート機能

高齢者救急では、誤嚥性肺炎、心不全、尿路感染症、骨折等、治療と同時に身体機能や生活機能の低下を防ぐ対応が必要な患者が多い。厚生労働省（2024、2026b）の

新たな地域医療構想に関する資料は、高齢者救急の受け皿となる医療機関に対し、救急搬送を受けるだけでなく、入院早期からのリハビリテーション等による離床支援、退院支援及び在宅医療・介護との連携を求めている。

この患者群に対しては、急性期病院での治療を終えた後も入院加療、リハビリテーション又は退院調整を必要とする患者を受け入れるポストアキュート機能と、在宅又は介護施設で生活中の患者が軽度から中等度の急変を来した際に地域内で受け入れて治療するサブアキュート機能という二つの機能が重要となる（両概念の理論的な整理は第２章 2-5 で改めて行う）。

よって、中小規模公立病院の救急機能を評価する際には、救急搬送件数のみでは不十分である。どの地域・経路から患者を受け入れ、治療後に地域包括ケア病棟や回復期リハビリテーション病棟へ接続し、在宅、施設又は他院へ移行させているかを併せて評価する必要がある。

1-6.　問題意識

従来の病院評価では、病床利用率、平均在院日数、診療単価、収支比率等が中心となる。しかし、これらの指標は経営状態を把握するうえで重要である一方、地域医療システムにおいて病院が果たしている機能を直接示すものではない。例えば、病床利用率が高くても、地域からの新規受入れが減少している場合には、地域の入口機能が低下している可能性がある。

そこで本研究では、病院の機能を、患者が入院に至る経路である「入口」、急性期一般・地域包括ケア・回復期リハビリテーションの病床機能間の移行である「院内接続」、及び退院後の移行先である「出口」の三つの局面から捉える。この枠組みにより、複数の病床機能を有すること自体ではなく、それらが地域から在宅までの患者循環を形成しているかを検証する。

特に、基準年として選定する 2024 年度から 2025 年度にかけての変化は、単なる増収・減収又は入院件数の増減としてではなく、受入経路、疾患構成、病棟間接続及び退院先の変化として捉える必要がある。

1-7.　研究目的

本研究の目的は、人口減少地域に立地する中小規模公立病院について、患者の入口、院内接続及び出口の変化を分析することで、地域包括ケアシステムにおいて担ってい

るポストアキュート・サブアキュート機能とその変容を明らかにすることである。事例として、たつの市民病院を取り上げ、2024 年度と 2025 年度の診療実績を比較する。

２．先行研究と概念枠組み

2-1.　人口減少下の公立病院に求められる役割

前章 1-1 で述べた総務省（2022）の要請を踏まえれば、公立病院の評価は収支、病床利用率、平均在院日数などの経営・運用指標だけでは完結せず、地域医療提供体制の中で、どの患者を受け入れ、どの機能を経由し、どの療養又は生活の場へつないでいるのかを検討する必要があるという含意が導かれる。

厚生労働省（2026a）の新たな地域医療構想策定ガイドラインは、従来の病床機能に加えて、医療機関が地域で担う機能を「医療機関機能」として整理する方向を示している。特に、急性期拠点機能、高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能等の区分は、病院を病床区分の保有状況だけでなく、地域内で果たす受入れ、治療、回復支援及び連携の機能から把握する必要性を示している。

以上の政策的議論は、本研究が公立病院の機能を財務指標のみからではなく、地域における患者の流れから検討する必要性を示している。

2-2.　病院機能を捉える視点

病院機能を検討する際には、病床や設備を保有していることと、それらが実際に患者に対して機能していることを区別する必要がある。Donabedian（1966）は、医療の質を評価する枠組みとして、構造、過程、成果の三側面を提示した。

本研究に当てはめると、急性期一般病棟、地域包括ケア病棟及び回復期リハビリテーション病棟を有していることは、主として構造に該当する。一方、患者がどの経路から入院し、どの病棟機能を経由し、どの退院先へ移行したかは、医療提供の過程に該当する。したがって、複数の病床機能を保有していることだけでは、地域医療機能が発揮されているとは判断できない。患者が実際にどのように受け入れられ、院内で接続され、退院後の療養・生活の場へ移行したかを検証する必要がある。

2-3.　ケア移行と継続性に関する先行研究

病院機能を患者フローから把握するためには、患者が医療機関、在宅、介護施設、医療・介護提供者の間を移行する過程を理解する必要がある。World Health Organization（WHO）（2016）は、ケア移行を、患者がケアの場、医療機関、医療者

又はケアの段階の間を移動する際に必要となる計画と調整の過程として整理している。また、Haggerty et al.（2003）は、ケアの継続性を、情報の継続性、マネジメントの継続性、関係性の継続性として整理している。これらの議論は、患者の移行を単なる場所の移動ではなく、情報、方針、支援の連続性を含む過程として捉える必要性を示している。

2-4.　高齢患者の入退院経路に関する実証研究

高齢患者の入院は、急性期治療のみで完結するものではなく、入院前の生活状況、入院時の身体機能、院内での支援、退院先との関連から捉える必要がある。松田・村上・林田（2024）は、急性期病院における高齢患者について、入退院経路と重症度、医療・看護必要度の B 項目との関連を検討している。同研究は、高齢患者の入院元や退院先が、入院時の身体機能と関連することを示し、入院時から退院後の療養場所を見据えた支援の必要性を示唆している。

また、松田・村松ほか（2021）は、医療レセプトと介護レセプトを連結し、高齢肺炎患者の入院前後の医療・介護サービス利用状況を分析している。この研究は、高齢者の急性期入院を病院内の治療だけでなく、入院前の介護サービス利用や退院後のサービス利用との連続性から検討する必要性を示している。

これらの実証研究は、高齢患者の入院を、入口と出口を切り離した出来事としてではなく、入院前の生活・介護、入院中の医療・支援、退院後の療養場所を含む一連の患者フローとして把握する必要性を示している。また、入退院経路だけでなく疾患群を併せて把握することで、病院が受け入れている高齢患者の状態像をより具体的に捉えることができる。

2-5.　ポストアキュート・サブアキュート概念の整理

ポストアキュート及びサブアキュートは、高齢患者の受入れ、回復支援及び地域移行を考察する際に有用な概念である。ポストアキュートは、急性期治療後の継続治療、回復支援、リハビリテーション、退院支援に関わる機能として整理できる。サブアキュートは、在宅又は介護施設等で療養・生活している患者が急性増悪又は軽中等症の急性疾患を生じた際に、地域内で受け入れ、治療後に生活の場へ戻す機能として整理できる。

地域包括ケア病棟はポストアキュート及びサブアキュート機能が提供され得る場の一つであるが、急性期一般病棟や回復期リハビリテーション病棟、あるいは病院間・

在宅医療との連携を含めて機能が発揮される場合もある。また、同一患者が、入院時にはサブアキュート的に受け入れられ、治療後にはポストアキュート的な回復・退院支援を必要とすることもあり得る。

なお、2026 年に発出された「新たな地域医療構想策定ガイドライン」（厚生労働省, 2026a）は、従来の病床機能区分のうち「回復期機能」を、高齢者等の急性期患者に対する治療と入院早期からのリハビリテーション等を通じた早期在宅復帰支援の機能と統合し、「包括期機能」として再定義している。この定義は、本研究がポストアキュート機能として位置づける急性期後の回復支援・退院支援と、サブアキュート機能として位置づける在宅・施設からの急変受入れとを、単一の病床機能区分として制度上包摂するものである。また、同ガイドラインが新設する「医療機関機能」区分のうち「高齢者救急・地域急性期機能」は、救急搬送の受入れ、入院早期からのリハビリテーション、退院支援及び在宅・介護施設との連携を要件としており、本研究が第 1 章及び本章で独自に整理してきたポストアキュート・サブアキュート概念と実質的に重なる。したがって、本研究の分析枠組みは、単なる研究上の操作的定義にとどまらず、2026 年以降の制度上の医療機関機能区分と対応関係を持つものとして位置づけることができる。

2-6.　先行研究の到達点と残された課題

以上から、公立病院には地域医療提供体制の中での役割・機能の明確化が求められており、病院機能は構造だけでなく患者の受入れ・支援・移行という過程から評価する必要がある。また、高齢患者の入院は、入院元、患者状態、院内支援及び退院先が相互に関連するため、患者フローとして一体的に把握する必要がある。

一方、先行研究には三つの課題が残されている。第一に、入院元、院内での移行及び退院先は個別に分析されることが多く、病院全体の患者フローとして一体的に把握されていない。第二に、急性期一般、地域包括ケア及び回復期リハビリテーションという複数の病床機能を持つ中小規模公立病院について、各病床機能が実際にどのように接続しているかは十分に検討されていない。第三に、入口、院内接続及び出口の年度間変化を、ポストアキュート・サブアキュート機能の変容として評価した研究は限定的である。

2-7.　本研究のリサーチクエスチョン

これらの課題に対応するため、本研究では、患者の受入構造、病床機能間の接続及び退院後の移行先をそれぞれ把握する Sub-RQ1 から Sub-RQ3 を設定する。さらに、それらの年度間変化を統合し、ポストアキュート・サブアキュート機能の変容を検討するため、Sub-RQ4 を設定する。メイン・リサーチクエスチョンは、これらの分析結果を総合し、対象病院が地域包括ケアシステムにおいて担う地域医療機能とその変容を問うものである。

メイン・リサーチクエスチョンは、次のとおりである。

人口減少地域に立地する中小規模公立病院は、患者の入口・院内接続・出口からみて、地域包括ケアシステムにおいてどのような地域医療機能を担い、その機能はどのように変容しているのか。

表１：本研究のサブ・リサーチクエスチョン

Sub-RQ	内容
Sub-RQ1	人口減少地域に立地する中小規模公立病院は、どのような経路・地域・疾患群の患者を受け入れているか。
Sub-RQ2	受け入れた患者は、急性期一般、地域包括ケア及び回復期リハビリテーションの各病床機能にどのように接続されているか。
Sub-RQ3	退院後の移行先からみて、在宅、施設、転院及び死亡等への出口機能はどのように構成されているか。
Sub-RQ4	入口・院内接続・出口の年度間比較から、ポストアキュート・サブアキュート機能はどのように変容したと評価できるか。

３．分析枠組みと分析対象

3-1.　たつの市民病院の概要と問題状況

たつの市民病院は、人口減少・高齢化が進行する地域に立地し、後述する診療圏（第４章）でみるとおり所在地区の高齢化率が高いことから、本研究が対象とする「人口減少地域に立地する中小規模公立病院」の事例として選定した。

たつの市民病院は、兵庫県たつの市南部に位置する 120 床の中小規模公立病院であり、急性期一般病棟 40 床（うち 4 床は高度急性期病床。以下同じ）、地域包括ケア病棟 40 床、回復期リハビリテーション病棟 40 床を有する。同院は、急性期治療だけで

なく、急性期後の回復支援、在宅復帰支援、在宅・施設療養者の急変対応及び訪問診療等を通じ、地域密着型の医療を提供している。

令和 6（2024）年度は、病床利用率 86.9%、新規入院患者数 1,295 人、救急入院患者数 478 人、紹介率 60.2%、回復期リハビリテーション病棟在宅復帰率 91.6%、経常収支比率 101.1%であり、病床運用、地域連携及び経営の各面で一定の実績を示した[1]。一方、こうした指標だけでは、患者がどこから入り、院内のどの病床機能を経由し、どこへ退院したのかは明らかにならない。

また、病院が立地する御津地区は、たつの市内でも高齢化率が高く、今後は高齢者の急変、リハビリテーション及び退院後の生活支援を一体的に捉える必要性が高まる（たつの市，2024）。このため、病院の持続可能性を病床利用率の維持だけで捉えると、地域医療機能の実態を見誤る可能性がある。

3-2.　たつの市民病院の機能変容

たつの市民病院は、2013 年 4 月の現地建替え後も病床利用率が回復せず、2014 年度は病床利用率 53.1%、経常収支は繰入後も 8,500 万円の赤字であった。医師不足による医業収支比率の悪化も重なり、経営課題は施設老朽化にとどまらない構造的なものであった[2]。これを受け 2015 年 7 月、同院は急性期 40 床を回復期病床へ転換し、急性期後の患者を受け入れリハビリテーションを通じて在宅復帰を支援する機能を整備した[3]。

2016 年度には訪問看護ステーションを開設し在宅療養支援機能を強化し、2018〜2019 年度にかけて地域包括ケア病床を拡大し、急性期 40 床・地域包括ケア 40 床・回復期リハビリテーション 40 床の 3 病棟体制へ移行した。2019 年度には病床利用率 86.1%、基準内繰入後黒字を達成し、急性期・地域包括ケア・回復期リハビリテーションを組み合わせた現代型ケアミックス病院としての基本構造を整えた[4]。

1　地方独立行政法人たつの市民病院機構（2025）「令和 6 年度（2024 年度）事業報告書（第 5 期事業年度）」；たつの市（2025a）「令和 6 事業年度　地方独立行政法人たつの市民病院機構の業務実績に関する評価結果」。

2　毛利好孝・三村令児・森本康路（2020）「たつの市民病院の経営再建―3 人の M 氏の物語」『病院』79 巻 7 号，520-525 頁；たつの市（2016）「兵庫県内公立病院の経営比較分析表（たつの市民病院，平成 27 年度）」。

3　たつの市（2016）「兵庫県内公立病院の経営比較分析表（たつの市民病院，平成 27 年度）」。

4　地方独立行政法人たつの市民病院機構（2021）「2021 年度　年度計画」；毛利好孝・三村令児・森本康路（2020）「たつの市民病院の経営再建―3 人の M 氏の物語」『病院』79 巻 7 号，520-525 頁。

2020 年 4 月、同院は地方公営企業から地方独立行政法人たつの市民病院機構へ経営形態を移行し[5]、持続的な病院機能発揮のための経営体制改革とした。同時期は新型コロナウイルス感染症の拡大期と重なり、2020〜2023 年度は通常診療とともに検査・ワクチン接種・感染症病床確保等を担い、2023 年度の 5 類移行後に通常体制へ復した[6]。

3-3.　本研究の視点・立場

本研究では、外部環境分析（第 4 章）と内部の患者フロー分析（第 5 章）の二段階で検討を進め、2024 年度を比較基準、2025 年度を比較対象として位置づける。また、介護レセプトや退院後追跡を用いないため、患者の生活継続や介護サービス利用までを直接分析するものではない。しかし、入院経路、疾患群、院内接続及び退院先を組み合わせることで、病院側から見た患者の移行過程を把握することができる。

2024 年度と 2025 年度を比較する背景には、両年度の財務状況の変化があるが、その要因を直接検証するのではなく、財務指標の変化を病院内部の患者フローの変化を検討するための探索的契機として位置づける。入院経路、疾患群、病棟間移行及び退院先を比較することにより、集計指標だけでは把握しにくい受入機能、院内接続機能及び地域移行機能の変化を検討する必要がある。

3-4.　分析対象データと方法

分析には、公開統計、病院の事業報告書・業務実績評価及び匿名化した既存診療データを用いる。外部環境分析には、診療圏の設定に用いる行政区域・時間距離に関する資料、自治体の住民基本台帳人口、国立社会保障・人口問題研究所の将来推計人口、厚生労働省の「患者調査」及び「介護保険事業状況報告」、兵庫県の病床機能報告等を用いる。入口では入院経路、居住地域及び ICD-10 大分類による疾患群を、院内接続では病棟間移行を、出口では退院先を分析する。

具体的な分析の順序は、次のとおりである。外部環境分析は、診療圏の設定（4-2）、人口構造の把握（4-3）、将来医療・介護需要の推計（4-4、4-5）の順に検討する。これは、患者フローの変化を検討する前提として、病院を取り巻く地域の人口・需要構造を先に明らかにする必要があるためである。内部の患者フロー分析は、まず

---

[5] 地方独立行政法人たつの市民病院機構（2025）「令和 6 年度（2024 年度）事業報告書（第 5 期事業年度）」。

[6] 地方独立行政法人たつの市民病院機構（2023）「2022 年度　事業報告書」；地方独立行政法人たつの市民病院機構（2024）「2023 年度　事業報告書」。

病棟稼働指標の変化（5-1）を確認し、入口（5-2）、出口（5-3）の変化をそれぞれ個別に把握したうえで、院内接続（5-4）を分析する。最後に、これらを地域内循環性（5-5）として統合し、入口から出口までの一連の患者循環を検証する順序で進める。入口と出口を先に個別に分析するのは、両者がそれぞれ異なる要因（入口は地域からの受入れ、出口は退院支援の体制）によって変化しうるため、要因を混同せずに変化の方向性を確認した上で、院内でどのように接続しているかを検討する必要があるためである。

3-4-1.　使用データ

本研究では、電子カルテ及び院内診療情報システムに記録された既存診療データから作成した匿名化集計データを用いる。データは二系統からなる。第一は地域連携データであり、入院患者一覧と退院患者データから、入院件数、入院元、病棟、退院先及び居住地区を一入院（一退院）単位で把握する。以下で入院件数とよぶ値はこの地域連携データに基づき、2024 年度 1,295 件、2025 年度 1,144 件である。第二は診療データ（入院・外来・救急）であり、来院方法（救急）と医療資源 ICD コードを持つ。救急受入の分析（第５章5-2-4）と疾患別の分析（第５章5-2-5）はこの診療データを用いる。後者は診療レコード単位の集計であり、前者の入院件数とは集計単位が異なる。

3-4-2.　分析対象期間

分析対象期間は、主に 2024 年度と 2025 年度である。2015 年以降の病床機能再編は背景として扱い、実証分析は 2024 年度・2025 年度の年度比較を中心とする。

3-4-3.　入口・出口・疾患群の定義

入口は、入院元分類（自宅、施設、病院）、来院方法、救急入院、紹介、地区、病棟を用いて定義する。出口は、退院先を在宅（入院元の「自宅」に対応）、施設、転院、死亡に分類する。疾患群は ICD-10 の大分類を基本とし、呼吸器系、循環器系、損傷・外因、腎尿路生殖器系、筋骨格系など、高齢者急変や退院支援と結びつきやすい領域を重点疾患群として扱う。加えて、前掲 2-5 で整理したポストアキュート・サブアキュート概念を踏まえ、本研究では、在宅・施設からの急変を病院が受け止める入口機能をサブアキュート機能、急性期治療後の患者を地域包括ケア病棟・回復期リハビリテーション病棟や在宅・施設へ接続する院内接続・出口機能をポストアキュート機能として操作的に定義する。

なお、以下、文脈に応じて「急性期病棟」「地ケア病棟」「回リハ病棟」と略記する場合がある。

3-4-4.　データ上の制約

本研究の制約は五点ある。第一に、入院個票、退院個票、ICD 分類、病棟間移動を完全に同一患者単位で縦断接続できない。そのため、第５章 5-4 の接続分析は個票レベルの因果分析ではなく、集計値を用いた構造分析である。第二に、地区別人口は令和 7 年 3 月末または 4 月 1 日時点の人口を用いるため、厳密な年度内人口ではない。第三に、疾患別分析については個別病名ではなく ICD 大分類を用いるため、診断群レベルの解像度にとどまる。第四に、本研究は集計単位の異なる二つのデータを用いる。入院件数・入院元・退院先・病棟移行は地域連携データ（一入院一件）に基づくのに対し、救急受入（第５章5-2-4）と疾患別（第５章5-2-5）は診療データ（診療レコード単位）に基づく。したがって、救急車受入・入院受入の件数や ICD 件数は、入院件数（2024 年度 1,295 件等）とは母数が異なり、直接比較はできない。

第五に、本研究の分析対象期間（2024 年度・2025 年度）は、厚生労働省が新たな地域医療構想の一環として令和 8 年度から導入する医療機関機能報告制度の施行前にあたる。したがって、たつの市民病院が同制度の下でどの医療機関機能（高齢者救急・地域急性期機能等）を自ら報告するかは本研究の対象外であり、第５章の考察は、同院が 2028 年度までに医療機関機能を決定する際の基礎資料としての位置づけにとどまる。

４．外部環境分析

4-1.　たつの市民病院の立地と地域的連続性

たつの市民病院は、兵庫県たつの市南部の御津町中島に位置する。たつの市は、平成 17 年 10 月 1 日に旧龍野市、旧新宮町、旧揖保川町、旧御津町が合併して誕生した自治体であり、市域は兵庫県南西部の西播磨地域に位置する。市域は南北に長く、北部は中国山地、南部は瀬戸内海に面し、揖保川が市域を縦断する地理的特徴を有する（たつの市，2022）。

ただし、現在の行政区域としてのたつの市は、旧１市３町の統合によって形成されたものであり、地域ごとの歴史的・地理的性格は一様ではない。旧龍野市は城下町・行政商業の中心、旧新宮町は北部内陸地域、旧揖保川町は揖保川下流域、旧御津町は瀬戸内海沿岸地域として、それぞれ異なる地域性を持つ。このうち、たつの市民病院が所在する旧御津町は、国道 250 号を介して姫路市南西部、とくに網干・余部方面と東西方向に接続してきた地域である。

地域的連続性は、交通だけにとどまらない。揖保石見神社は、たつの市御津町中島・山王に加え、現在の姫路市余部区上川原を氏子圏に含む。また、富嶋神社も御津町苅屋と姫路市網干区浜田にまたがる産土神として位置づけられている。これらの事実から、旧御津町と姫路市南西部の間には、行政区域を越えた信仰圏・生活圏の連続性が存在していた可能性がある。診療圏設定にあたっては、行政区域、時間距離、広域医療圏を組み合わせて整理する。

4-2.　分析対象地域と診療圏の設定

たつの市民病院の地域的役割を検討するため、本研究では診療圏を、第一に公的診療圏、第二に一次的診療圏、第三にこれらを統合した病院診療圏、第四に広域医療連携圏として整理する（表２）。

公的診療圏は、市民病院として行政的・公的に対象とする範囲であり、たつの市全域を指す。一次的診療圏は、日常外来、軽中等度救急、紹介検査、退院後フォローなど、日常的又は反復的な医療利用が成立しやすい近接範囲として、自動車15分圏に含まれる姫路市南西部５地区及び太子町を中心に設定する（図１）。さらに、本研究では、公的診療圏であるたつの市全域と、一次的診療圏に含まれる隣接生活圏を合わせた範囲を、たつの市民病院の病院診療圏として扱う。

なお、自動車15分圏は、地域密着型医療利用が成立しうる範囲を把握するための操作的定義である。また、病床機能、救急、回復期、慢性期、在宅医療・介護連携を検討する広域単位としては、播磨姫路医療圏を参照する。

表２：本研究における圏域設定

圏域	範囲	本研究での意味
公的診療圏	たつの市全域	市民病院として基本的に対象とする行政的範囲
一次的診療圏	自動車 15 分圏を含む地区	日常外来、軽中等度救急、紹介検査、退院後フォローなどが成立しやすい操作的範囲
病院診療圏	たつの市全域＋姫路市南西部５地区＋太子町	本研究で患者フロー分析の前提として外部環境を把握する統合範囲
広域医療連携圏	播磨姫路医療圏	病床機能、救急、回復期、慢性期、在宅医療・介護連携を検討する広域単位

（注：病院診療圏は、公的診療圏と一次的診療圏を統合した研究上の分析範囲である。出所：　筆者作成）



図１：たつの市民病院を中心とした自動車 15 分圏

（出所：アプリ「How far can I go?」より筆者作成）

以上の整理により、たつの市民病院は、たつの市全域を公的診療圏としつつ、自動車 15 分圏に含まれる姫路市南西部５地区及び太子町を一次的診療圏として隣接生活圏に接続する医療機関として位置づけられる。本研究では、これらを統合した範囲を病院診療圏として扱い、その人口構造と将来需要を把握したうえで、第５章の入口・疾患群・院内接続・出口分析につなげる。

4-3.　たつの市・御津地区・隣接生活圏の人口構造

たつの市民病院の病院診療圏における人口構造を把握するため、本節では、地域概況について各自治体が公表する令和７年３月末前後の住民基本台帳人口を用いる。

公的診療圏であるたつの市については、旧行政区割りを基準に旧龍野市は東西に分割し、御津、揖保川、龍野西（誉田＋神岡）、龍野東（龍野＋揖西＋揖保）、新宮の５区域に再集計した。一次的診療圏を構成する隣接生活圏については、姫路市南西部の網干、余部、勝原、広畑、大津の５地区及び太子町を対象として整理した。公的診療圏であるたつの市全体の住民基本台帳人口は、令和７年３月 31 日時点で 71,917 人であり、65 歳以上人口は 23,268 人、高齢化率は 32.4％である。また、75 歳以上人口

は 13,372 人、後期高齢者率は 18.6%であり、市全体として高齢者医療・介護需要の比重が高い人口構造にある（図２）。区域別にみると、病院所在地である御津地区は総人口 9,547 人と小規模であるが、後期高齢者率は 23.1%と高い。一方、龍野西地区は総人口 26,975 人と市内で最も人口規模が大きいが、後期高齢者率は 15.3%にとどまる。新宮地区は総人口 12,537 人、後期高齢者率 21.3%、龍野東地区は総人口 11,816 人、後期高齢者率 19.5%であり、人口規模と後期高齢者率の関係は地域ごとに異なる（表３）。すなわち、たつの市内では、人口規模が大きい区域と、高齢者医療・介護需要が相対的に重い区域が必ずしも一致していない。

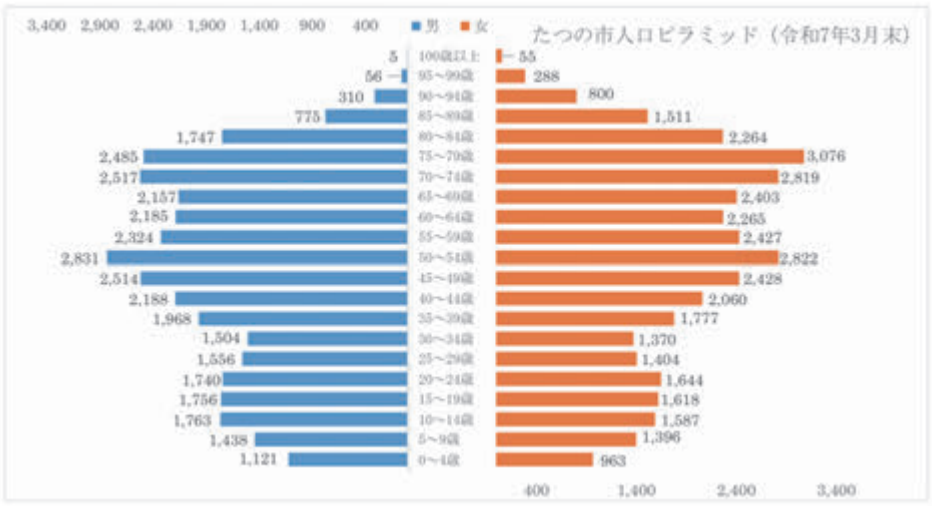


図２：たつの市人口ピラミッド（令和７年３月末）

（出所：たつの市住民基本台帳人口をもとに筆者作成）

表３：たつの市の区域別人口構造（令和７年３月 31 日）

区域	総人口	65 歳以上	高齢化率	75 歳以上	後期高齢者率	15～64 歳	生産年齢人口割合
御津地区	9,547	3,624	38.0%	2,201	23.1%	5,042	52.8%
揖保川地区	11,042	3,715	33.6%	2,063	18.7%	6,152	55.7%
龍野西地区	26,975	7,238	26.8%	4,138	15.3%	15,925	59.0%
龍野東地区	11,816	3,946	33.4%	2,303	19.5%	6,592	55.8%
新宮地区	12,537	4,745	37.8%	2,667	21.3%	6,670	53.2%
たつの市全体	71,917	23,268	32.4%	13,372	18.6%	40,381	56.1%

（出所：たつの市「地域・年齢別人口」令和７年３月 31 日現在の住民基本台帳人口をもとに筆者作成）

一次的診療圏を構成する姫路市南西部５地区（網干、余部、勝原、広畑、大津）の合計人口は 103,909 人であり、65 歳以上人口は 27,046 人、高齢化率は 26.0%である（図３）。たつの市全体及び御津地区と比較すると高齢化率は低いが、人口規模は大きく、病院の近接地域として無視できない。地区別にみると、広畑地区は総人口 35,705 人、網干地区は 27,831 人、大津地区は 19,815 人であり、いずれも人口規模が大きい（表４）。

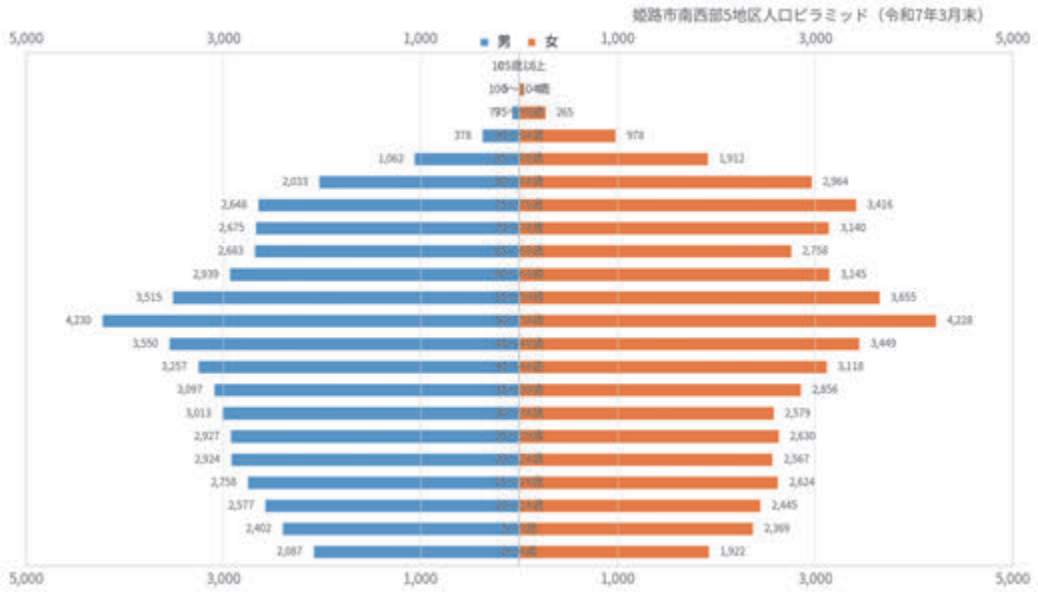


図３：姫路市南西部５地区人口ピラミッド（令和７年３月末）

（出所：姫路市の住民基本台帳人口をもとに筆者作成）

表４：姫路市南西部５地区の人口区分（令和７年３月 31 日）

区域	総人口	65 歳以上	高齢化率	75 歳以上	後期高齢者率	15～64 歳	生産年齢人口割合
網干地区	27,831	7,801	28.0%	4,516	16.2%	16,652	59.8%
余部地区	4,627	1,269	27.4%	722	15.6%	2,813	60.8%
勝原地区	15,931	4,331	27.2%	2,606	16.4%	9,671	60.7%
広畑地区	35,705	8,522	23.9%	4,939	13.8%	22,095	61.9%
大津地区	19,815	5,123	25.9%	3,007	15.2%	11,830	59.7%
姫路市南西部	103,909	27,046	26.0%	15,790	15.2%	63,061	60.7%

（出所：姫路市「町別年齢（５歳階級）別人口」令和７年３月 31 日現在の住民基本台帳人口をもとに、網干・余部・勝原・広畑・大津の５地区を抽出し、再集計し筆者作成）

太子町も、たつの市と姫路市南西部の中間に位置し、たつの市民病院の自動車15分圏と地理的に接続しうる周辺自治体である。令和7年4月1日時点の住民基本台帳人口では、総人口33,315人、65歳以上人口9,187人、高齢化率27.6%、75歳以上人口5,368人、後期高齢者率16.1%である。後期高齢者率だけをみれば御津地区や新宮地区ほど高くないが、人口規模が大きいため、75歳以上人口の絶対数は5,368人に達する。このため、太子町は、高齢化率の高さよりも、人口規模に基づく医療需要の大きさという点で重要である（図４、表５）。

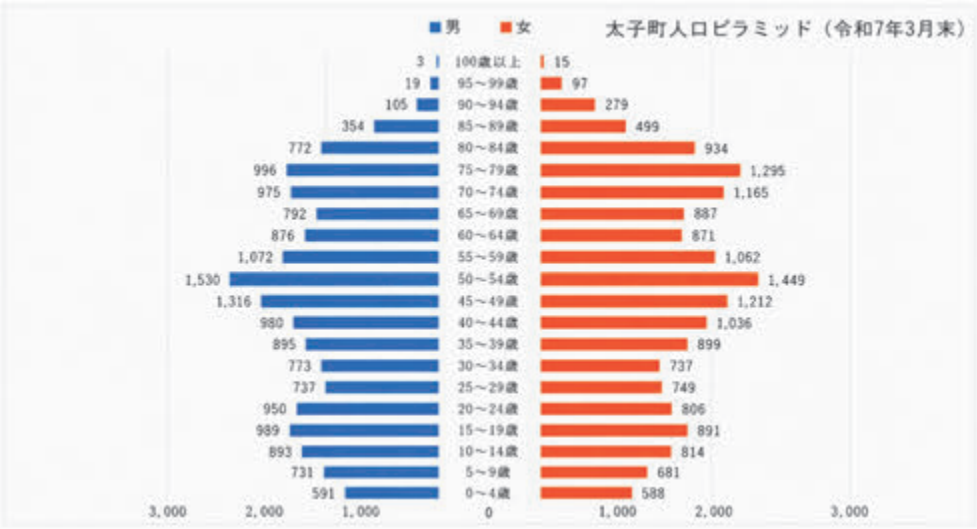


図４：太子町人口ピラミッド（令和７年４月１日）

（出所：太子町住民基本台帳人口をもとに筆者作成）

表５：病院診療圏の人口区分（公的診療圏＋一次的診療圏）

区域	総人口	65歳以上	高齢化率	75歳以上	後期高齢者率	15～64歳	生産年齢人口割合
たつの市全体	71,917	23,268	32.4%	13,372	18.6%	40,381	56.1%
姫路市南西部５地区計	103,909	27,046	26.0%	15,790	15.2%	63,061	60.7%
太子町	33,315	9,187	27.6%	5,368	16.1%	19,830	59.5%
病院診療圏計	209,141	59,501	28.5%	34,530	16.5%	123,272	58.9%

（出所：たつの市「地域・年齢別人口」、姫路市「町別年齢（5歳階級）別人口」、太子町「行政区別年齢別人口集計表」（たつの市及び姫路市南西部５地区は令和7年3月31日、太子町は令和7年4月1日時点）をもとに筆者作成。）

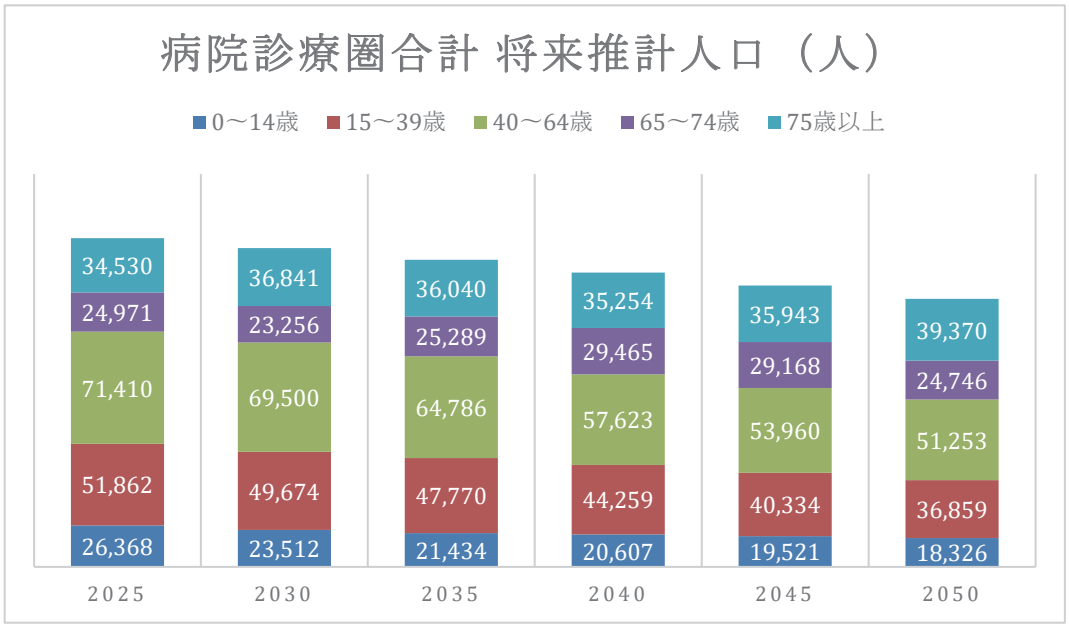


図５：病院診療圏の将来推計人口（2025～2050 年）[7]

（出所：たつの市・太子町は国立社会保障・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）」、姫路市南西部５地区は筆者推計（コーホート要因法）による）

本節で整理した公的診療圏と一次的診療圏を統合した、たつの市民病院の病院診療圏は、令和 7 年 3 月末前後の人口で約 209,000 人、うち 65 歳以上は約 59,500 人（高齢化率 28.5%）、75 歳以上は約 34,500 人（後期高齢者率 16.5%）となる。これは、公的診療圏であるたつの市単独（約 72,000 人）の約 2.9 倍の規模であり、同院の外部環境をたつの市内だけで捉えると、姫路市南西部５地区及び太子町を含む近接生活圏の人口規模を過小評価することになる。

将来推計人口をみると、病院診療圏合計は 2025 年の 209,141 人から 2040 年には約 187,000 人、2050 年には約 171,000 人へと、25 年間で約 18%減少する（図５、推計方法は図注のとおり）。地域別にみると、公的診療圏であるたつの市は 2025 年から 2050

---

[7] 将来推計人口は、たつの市・太子町は社人研「日本の地域別将来推計人口（令和 5 年推計）」の市区町村別推計値を、姫路市南西部５地区は公表推計がないため令和 7 年 3 月末の住民基本台帳人口を基準にコーホート要因法（姫路市の生残率・純移動率を使用）で独自に推計した値を用いた。2025 年は表５の実績人口（209,141 人）に基準化し、2030 年以降は上記モデルの年齢区分別増減率をこれに適用して再計算した（15～39 歳・40～64 歳の内訳は実績 15～64 歳人口 123,272 人をモデルの 2025 年按分比率で分割）。

年にかけて約 28%減少し、縮小幅が大きい。一方、姫路市南西部 5 地区は生産年齢人口の比重が比較的高く、同期間の人口減少は約 12%にとどまる。このことから、病院診療圏内でも人口減少の速度や年齢構成には地域差がある。

一方で、人口減少の局面において、病院診療圏内の医療需要指数（2025 年＝100）は 2050 年時点で病院診療圏全体が 93 へ低下する。これに対し、介護需要指数は 128 へ上昇する（図６、推計方法は図注のとおり）。これは、外来需要が縮小に向かう一方で、入院、在宅医療、介護といった高齢者対応領域の需要が高水準で残存又は増加する可能性を示しており、後述する播磨姫路医療圏の傾向（4-4）とも整合する。

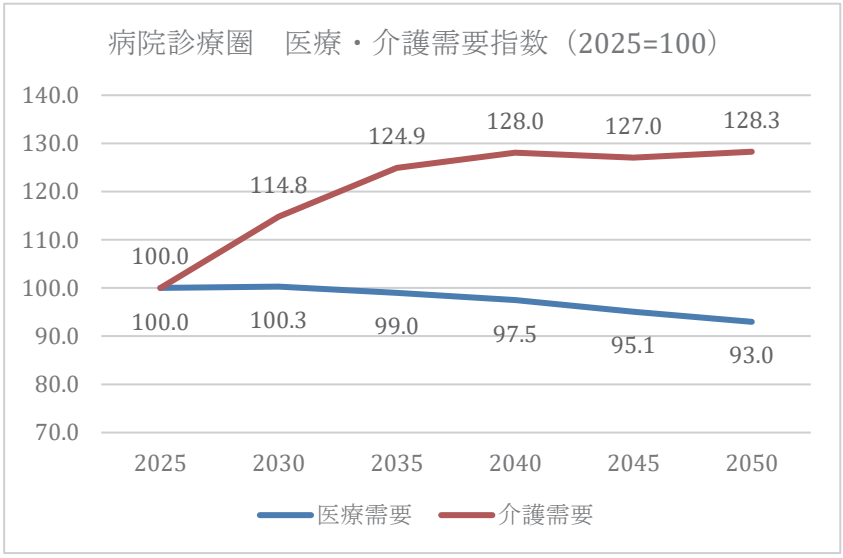


図６：病院診療圏の医療介護需要予測指数（2025 年＝100）[8]

（出所：受療率は厚生労働省「令和 5 年患者調査」（兵庫県）、要介護認定率は厚生労働省「介護保険事業状況報告」（全国）、将来推計人口は前掲に基づき筆者作成）

以上から、病院診療圏は、人口が減少しながらも、医療・介護需要の重心が高齢者対応領域へ移行する地域として特徴づけられる。したがって、たつの市民病院に求め

[8] 医療需要指数は、JMAP で用いられる年齢階級別人口に需要原単位を乗じる考え方に準じ、厚生労働省「令和 5 年患者調査」の兵庫県・年齢階級別受療率（入院＋外来、人口 10 万対）を各年の年齢階級別推計人口に乗じて需要量を算出し、2025 年を 100 として指数化した。介護需要指数は、全国の年齢階級別要介護認定率（厚生労働省「介護保険事業状況報告」）を同様に適用して指数化した。受療率及び要介護認定率は推計期間を通じて一定と仮定している。

られる機能は、急性期医療の量的拡大だけではなく、高齢者の急変を受け入れる入口機能、回復支援や院内接続を担う機能、在宅・施設・介護サービスへつなぐ出口機能をどのように維持・発揮しているかという観点から検討する必要がある。

4-4.　播磨姫路医療圏における将来医療需要

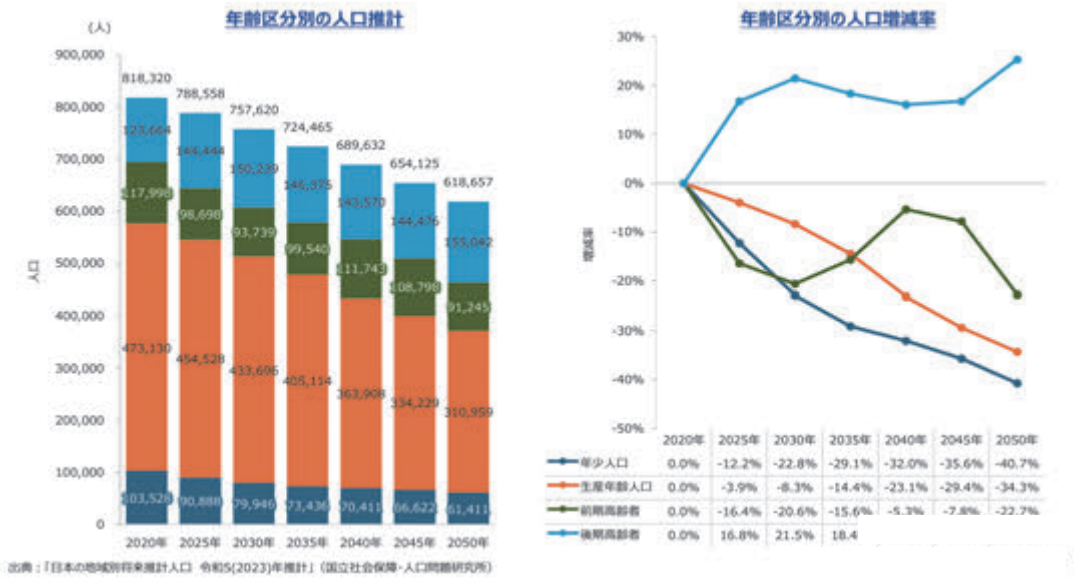


図７：播磨姫路医療圏の人口推計

（出所：医療需給総覧 兵庫県播磨姫路医療圏（株式会社日本経営））

将来医療需要については、病床機能や救急、回復期、慢性期、在宅医療・介護連携を検討する広域単位として、播磨姫路医療圏を参照する。播磨姫路医療圏は、同院が属する広域医療連携圏であり、地域医療構想や病院間機能分担を検討する基礎単位である。したがって、本節の推計は、同院を取り巻く広域医療環境の需要構造を把握するための背景分析として位置づける。

播磨姫路医療圏の総人口は、2025 年の 788, 558 人から 2040 年には 689, 632 人、2050 年には 618, 657 人へ減少する（図７）。同時に高齢化率は 2025 年 30. 8%から 2040 年 37. 0%、2050 年 39. 8%へ上昇する。特に重要なのは、生産年齢人口が減少する一方で、医療・介護需要を高める後期高齢者人口が高水準で推移する点である（表６）。これは、人口減少が医療需要の単純な縮小を意味するのではなく、需要の内容が高齢者中心へ変化することを示している。

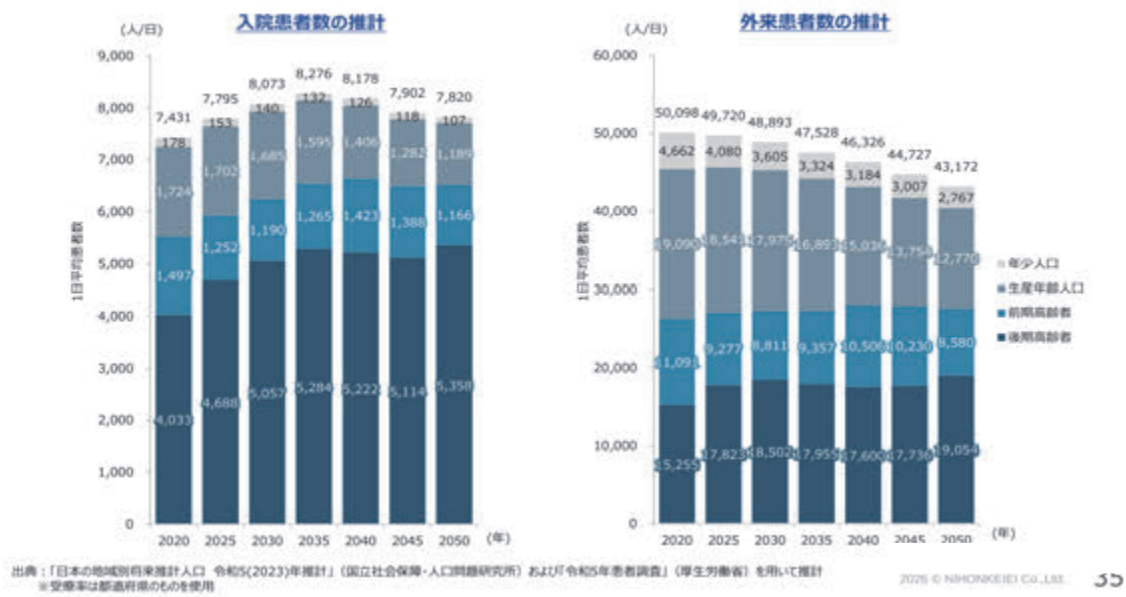


図８：播磨姫路医療圏の１日平均患者数の推計

（出所：医療需給総覧 兵庫県播磨姫路医療圏（株式会社日本経営））

表６：播磨姫路医療圏の主要指標

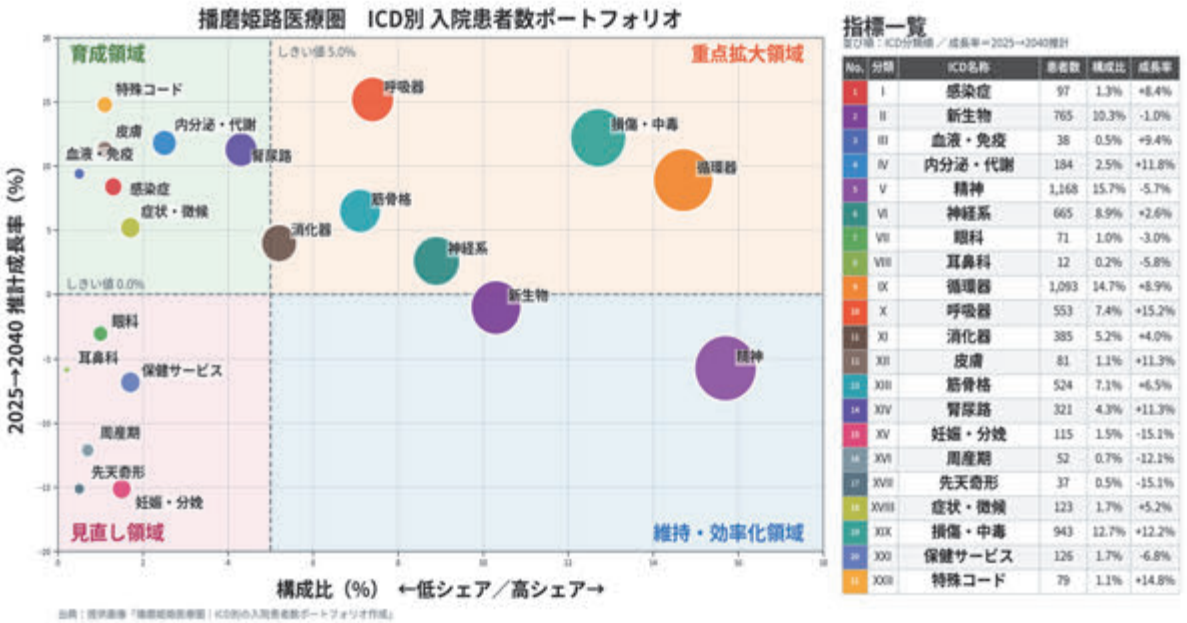
指標	2025 年	2030 年	2035 年	2040 年	2050 年
総人口	788, 558	757, 620	724, 465	689, 632	618, 657
高齢化率	30. 8%	32. 2%	33. 9%	37. 0%	39. 8%
生産年齢人口	454, 528	433, 696	405, 114	363, 908	310, 959
後期高齢者人口	144, 444	150, 239	146, 375	143, 570	155, 042
入院患者数（人/日）	7, 795	8, 073	8, 276	8, 178	7, 820
外来患者数（人/日）	49, 720	48, 893	47, 528	46, 326	43, 172
在宅医療患者数（件/月）	6, 226	6, 949	7, 679	8, 081	7, 655
要介護者数	51, 609	57, 132	60, 923	60, 298	59, 342

（出所：数値は株式会社日本経営「医療需給総覧　兵庫県｜播磨姫路医療圏」p. 33-35、p. 55、p. 57 より整理。人口推計は国立社会保障・人口問題研究所、患者数は厚生労働省「令和 5 年患者調査」等に基づき筆者作成。）

外来患者数は 2025 年の 49,720 人/日から 2040 年には 46,326 人/日、2050 年には 43,172 人/日へ減少する。したがって、外来患者数の自然増を前提とした経営改善は成立しにくい。一方、入院患者数は 2025 年 7,795 人/日から 2035 年 8,276 人/日まで増加し、2040 年時点でも 8,178 人/日と高止まりする（図８）。つまり、人口は減少しても、入院需要は人口減少ほど単純には縮小しない。

4-5.　高齢者急変・在宅医療・介護需要の外部環境

疾患別需要をみると、循環器系、呼吸器系、損傷・外因、腎尿路系、筋骨格系など、高齢者の急変、ADL 低下、退院困難に結びつきやすい領域で需要が残る。これらは高度急性期治療のみで完結する疾患ではなく、急性期治療後の回復支援、リハビリテーション、退院支援、在宅・施設連携と接続して対応する必要がある（図９、表７）。また、表６に示すように、在宅医療患者数は、2025 年 6,226 件/月から 2040 年 8,081 件/月へ増加する。また、要介護者数は 2025 年 51,609 人から 2035 年 60,923 人、2040 年 60,298 人へ増加し、その後も高水準で推移する。これは、医療需要が病院内だけで完結せず、在宅、施設、介護サービスと接続した形で増加することを示している。



No.	分類	ICD名称	患者数	構成比	成長率
1	I	感染症	97	1.3%	+8.4%
2	II	新生物	765	10.3%	-1.0%
3	III	血液・免疫	38	0.5%	+9.4%
4	IV	内分泌・代謝	184	2.5%	+11.8%
5	V	精神	1,168	15.7%	-5.7%
6	VI	神経系	665	8.9%	+2.6%
7	VII	眼科	71	1.0%	-3.0%
8	VIII	耳鼻科	12	0.2%	-5.8%
9	IX	循環器	1,093	14.7%	+8.9%
10	X	呼吸器	553	7.4%	+15.2%
11	XI	消化器	385	5.2%	+4.0%
12	XII	皮膚	81	1.1%	+11.3%
13	XIII	筋骨格	524	7.1%	+6.5%
14	XIV	腎尿路	321	4.3%	+11.3%
15	XV	妊娠・分娩	115	1.5%	-15.1%
16	XVI	周産期	52	0.7%	-12.1%
17	XVII	先天奇形	37	0.5%	-15.1%
18	XVIII	症状・徴候	123	1.7%	+5.2%
19	XIX	損傷・中毒	943	12.7%	+12.2%
20	XXI	保健サービス	126	1.7%	-6.8%
21	XXII	特殊コード	79	1.1%	+14.8%

図９：ICD 別の入院患者数増減率及びポートフォリオ

（出所：医療需給総覧 兵庫県播磨姫路医療圏（株式会社日本経営）に基づき筆者作成）

表７：入口・出口分析で注目すべき疾患領域

疾患領域	2025 年	2035 年	2040 年	考　察
循環器系	1,169	1,279	1,272	心不全・脳血管疾患など高齢者急変の受け皿が必要
呼吸器系	606	702	698	肺炎・誤嚥性肺炎・COPD 急性増悪への対応が重要
損傷・外因	1,018	1,149	1,142	転倒・骨折から回復期・リハにつなぐ機能が重要
腎尿路系	348	390	387	尿路感染・脱水・施設入所者の急変対応と接続
筋骨格系	561	603	598	ADL 低下、疼痛、介護移行と結びつく

（注：数値は１日平均入院患者数。株式会社日本経営「医療需給総覧 兵庫県｜播磨姫路医療圏」p. 37 をもとに整理し筆者作成。）

4-6.　第４章の小括

本章の整理から、たつの市民病院を取り巻く外部環境には三つの特徴が確認できる。

第一に、同院が所在する御津地区は、人口規模は小さいものの、高齢化率及び後期高齢者率が高く、高齢者の急変対応、回復支援及び退院後の生活支援に対する需要が相対的に大きい地域である。一方、姫路市南西部５地区及び太子町は、御津地区より高齢化率は低いものの人口規模が大きく、高齢者人口の絶対数も多い。したがって、同院の患者受入機能は、高齢化率だけでなく、地域ごとの人口規模及び実際の患者流入を組み合わせて把握する必要がある。

第二に、同院の外部環境は、公的診療圏であるたつの市だけでは捉えられない。自動車15分圏に含まれる姫路市南西部５地区及び太子町を加えた病院診療圏は、たつの市単独を大きく上回る人口規模を有している。このため、第５章では、入院患者の居住地区及び救急受入れを分析し、公的診療圏と隣接生活圏の双方に対して、同院がどの程度入口機能を果たしているかを検証する必要がある。

第三に、病院診療圏及び播磨姫路医療圏では、総人口と医療需要全体は長期的に減少する一方、入院需要は当面高い水準で推移し、在宅医療需要及び要介護需要は増加又は高水準で残存する。したがって、人口減少をそのまま病院機能の必要性の低下とみなすことはできない。むしろ、医療・介護需要の重心が、高齢者の急変対応、回復支援、在宅医療及び介護との接続へ移行する可能性を踏まえる必要がある。

以上から、たつの市民病院には、地域の高齢者を自宅・施設から受け入れるサブアキュート機能、急性期治療後の患者を受け入れて回復を支援するポストアキュート機能、及び患者を在宅・施設等へつなぐ出口機能を一体的に発揮することが求められる。

５．患者フロー分析

本章では、まず病棟稼働指標の変化（5-1）を確認し、入口分析（5-2）、出口分析（5-3）、院内接続分析（5-4）を行う。さらに、これらの結果と周辺急性期病院からのポストアキュート受入を統合し、地域内循環構造の分析（5-5）を行う。

前掲 3-4-3 の操作的定義を踏まえ、本章ではポストアキュート機能を、（１）自院の急性期病棟から地ケア・回リハ病棟への院内転棟（自院ポストアキュート）と、（２）他の急性期病院で急性期治療を終えた患者を地ケア・回リハ病棟が直接受け入れる転院受入（地域連携ポストアキュート）の双方を含む概念として細分化して扱う。

なお、たつの市民病院の沿革及び機能転換の経緯は第３章 3-2 に示したとおりである。2024 年度を本研究の基準年度とする理由は、コロナ 5 類移行後の再安定期にあたり、病床利用率 86.9％と 2019 年度の 86.1％を上回るためであり、ポストコロナ期における病院機能の維持を評価する基準年として適切とした。一方、2025 年度の診療データでは病床利用率76.8％であり、2024年度と比較して病床稼働が急速に低下した。

5-1.　病棟稼働指標分析：入院量・病床稼働の変化

本項では、2025年度における病床利用率及び入院量の低下要因を、2024年度の確定データ（令和6年度財務諸表・事業報告書等）と2025年度の診療データ（電子カルテデータ）から検証する。令和 6 年度財務諸表（2024 年度）によれば、医業収益 18.35 億円のうち入院収益は 14.72 億円であり、医業収益の約 80.2％を占めていた。このため、同院の運営において入院量の変化は病院運営に直接影響しやすい構造にある。

2025 年度の診療データからみると、入院診療単価は年度平均 38,836.5 円であり、2024年度（38,653円）とほぼ同水準で、単価の低下は確認されない。しかし、病床利用率が 86.9％から 76.8％へ、入院延べ人数が月平均3,173.5人から2,801.6人へ低下した点が大きい。以上の指標を整理すると、表８のとおりである。

表８：2024 年度実績と 2025 年度診療データからみた病棟稼働指標

指標	2024 年度	2025 年度
病床利用率	86.9％	76.8％
入院延べ人数（月平均）	3,173.5 人	2,801.6 人
入院診療単価（年度平均）	38,653 円	38,836.5 円

（出所：たつの市「令和 6 事業年度 地方独立行政法人たつの市民病院機構の業務実績に関する評価結果」、診療データより筆者作成。）

以上から、2025 年度は入院診療単価がほぼ維持される一方、病床利用率及び入院延べ人数が低下しており、患者受入量そのものが縮小している（なお、地域連携データに基づく新規入院件数も 1,295 件から 1,144 件へ減少しており、方向性は整合する）。

5-2.　入口分析：患者受入構造の変化

5-2-1.　入院患者の基本属性

2024 年度の入院件数は 1,295 件、2025 年度は 1,144 件であり、151 件、11.7%の減少であった。年齢階層別にみると、75 歳以上患者が中心である構造は変わらないが、85 歳以上の件数は 560 件から 468 件へ、75〜84 歳は 433 件から 406 件と減少している（図 10）。

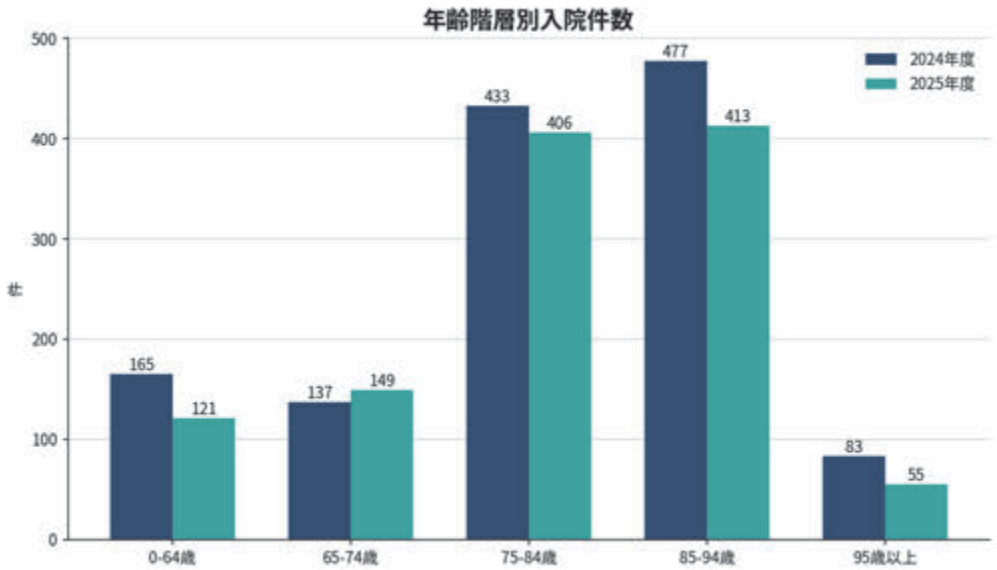


図 10：年齢階層別入院件数

5-2-2.　受入経路別の変化

入院元分類では、自宅からの入院が 935 件から 775 件へ 160 件減少した。一方、病院からの入院は 185 件から 220 件へ 35 件増加した。施設からの入院は 175 件から 149 件へ 26 件減少した（図 11）。つまり、2025 年度は全体として入院件数が減少したが、その主因は自宅及び施設からの入院減少であり、他院からの後方受入はむしろ増加している。

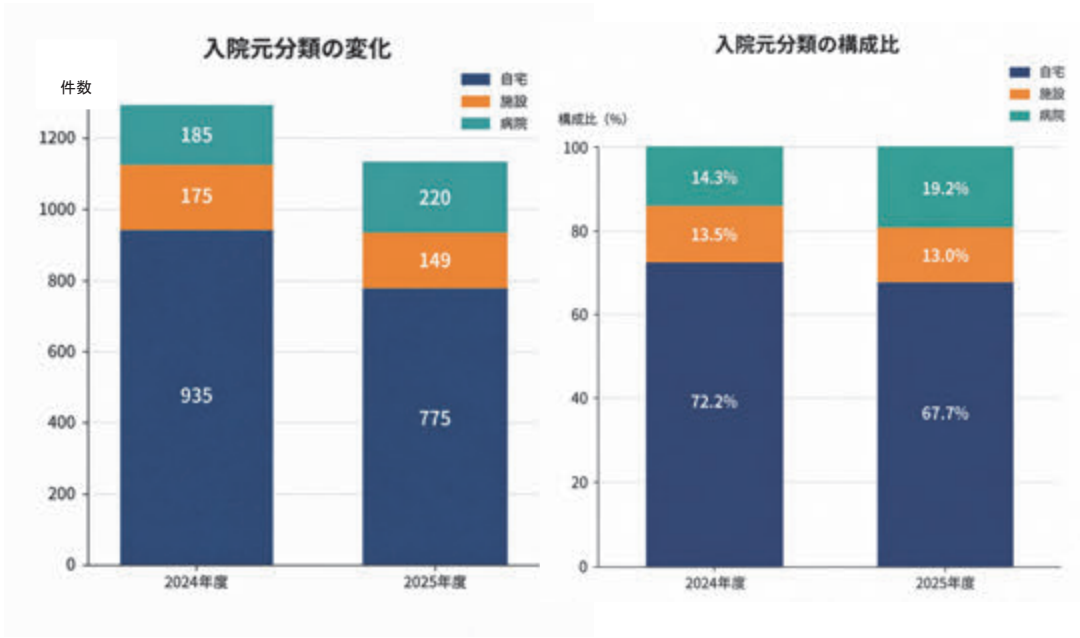


図 11：入院元分類の変化と構成比

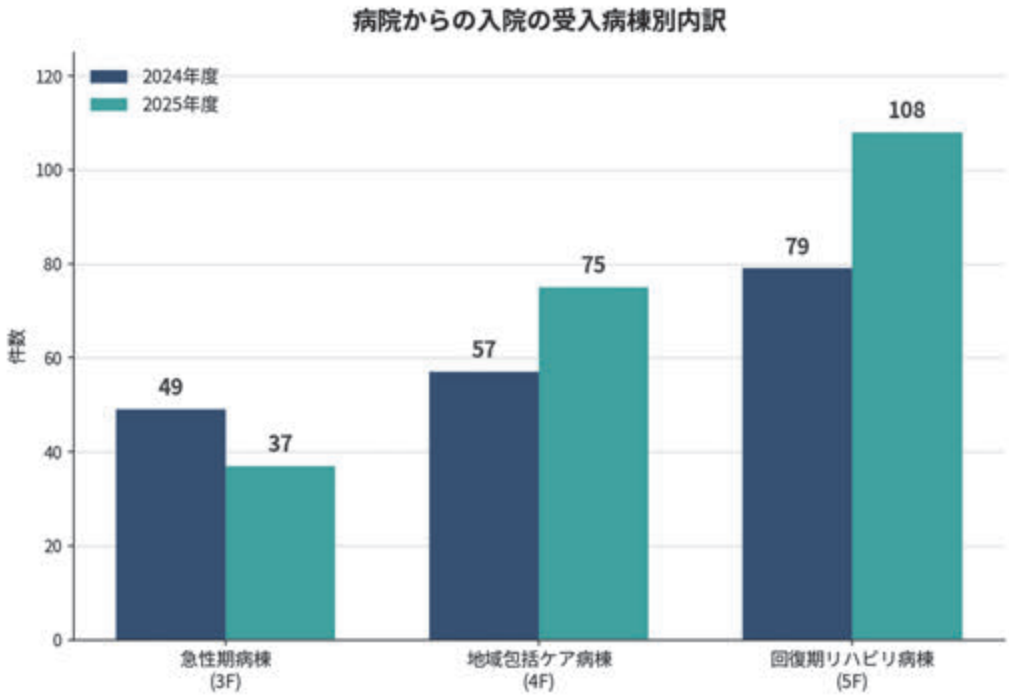


図 12：病院からの入院の受入病棟別内訳

ただし、この「病院からの入院」を受入病棟別に分解すると、2024 年度の病院からの入院 185 件は、急性期一般病棟 49 件、地域包括ケア病棟 57 件、回復期リハビリテーション病棟 79 件であり、2025 年度の 220 件は、急性期一般病棟 37 件、地域包括ケア病棟 75 件、回復期リハビリテーション病棟 108 件であった（図 12）。すなわち、他院からの入院のうち急性期一般病棟を経由しない割合は、2024 年度 73.5%（136／185 件）から 2025 年度 83.2%（183／220 件）へ上昇しており、他院からの入院の大半は地域包括ケア病棟・回復期リハビリテーション病棟への直接受入である。これは、急性期治療を他院で終えた患者を地ケア・回リハ病棟が直接引き継ぐ、地域連携によるポストアキュート機能の入口であり、5-5-1 で改めて詳細に検証する。

5-2-3.　地区別入院受入状況



地区	2024年度	2025年度	増減
御津地区	29.4	35.6	+6.2
揖保川地区	9.6	6.6	-3.0
龍野西地区	3.5	2.9	-0.6
龍野東地区	8.0	6.3	-1.7
新宮地区	2.5	2.0	-0.5
網干地区	8.6	7.4	-1.2
余部地区	8.0	6.7	-1.3
勝原地区	2.2	1.9	-0.3
広畑地区	0.4	0.5	+0.1
大津地区	2.7	2.5	-0.2
太子町	5.4	3.6	-1.8

図 13：地区別受入密度（入院件数／人口千人・2025 年度）

出所：入院件数＝地域連携データ（居住地）／人口＝第４章 表３の公的区域（住基台帳・令和 7 年 3 月末時点）。境界：令和 2 年国勢調査 小地域。これらに基づき筆者作成。

図 13 は、人口千人当たり入院件数による地区別の受入密度を、2024 年度から 2025 年度にかけて比較したものである。御津地区は 29.4 から 35.6 へ上昇し、11 地区の中で唯一大きく伸びた地区として、病院立地地区への依存を一段と強めた。御津地区以外では、市外の網干地区（8.6→7.4）・余部地区（8.0→6.7）が病院との地理的近接性を反映して比較的高い水準を保つ一方、同じく市外の広畑地区（0.4→0.5）のよう

に遠隔の地域では両年度とも低い水準にとどまり、密度はおおむね病院からの距離に対応している。これに対し、たつの市内では、龍野東地区（8.0→6.3）が龍野西地区（3.5→2.9）を上回りつつも低下し、揖保川地区（9.6→6.6）も低下した。ただし新宮地区（2.5→2.0）は、病院からの距離が比較的遠いにもかかわらず、同程度の距離にある市外地域より高い水準を保っており、同院がたつの市の公的医療機関として市内の受け皿機能を果たしている可能性を示唆する。

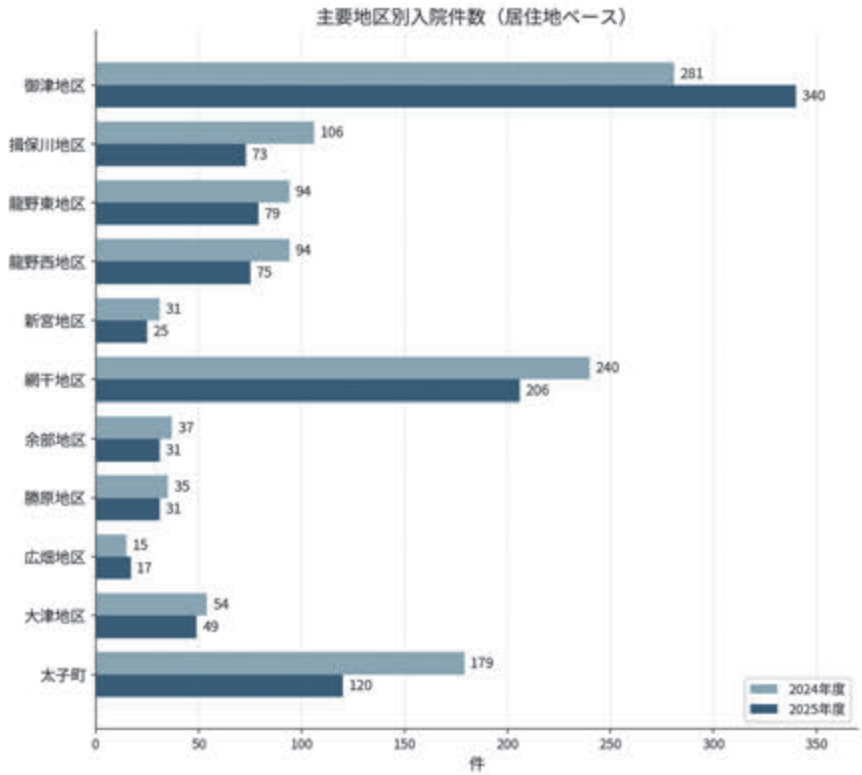


図 14：主要地区別入院件数

件数ベースで見ても、同様の傾向が確認できる。2025 年度は、太子町が 179 件から 120 件へ、網干地区が 240 件から 206 件へ減少した一方、御津地区は 281 件から 340 件へ増加した（図 14）。姫路市南西部の内訳では網干地区が最も重要な流入源であり、大津地区、勝原地区、余部地区、広畑地区がそれに続く。これは、地元密着は強まったが、外縁部の隣接生活圏からの流入が弱まったことを示す。病院の公的診療圏としては御津・市内の受入維持が重要である一方、120 床規模のケアミックス病院として

稼働を維持するには、周辺生活圏（網干・大津・勝原・余部・広畑・太子町）からの流入も引き続き無視できない。

5-2-4.　救急車受入と入院受入の居住地区別構造



地区	外来	入院	計	人口	救急車/人口(%)	入院/計(%)
御津地区	90	91	181	9,547	18.96	**50.3**
揖保川地区	20	32	52	11,042	4.71	**61.5**
龍野西地区	14	41	55	26,975	2.04	**74.5**
龍野東地区	18	27	45	11,816	3.81	**60.0**
新宮地区	2	8	10	12,537	0.80	**80.0**
網干地区	59	101	160	27,831	5.75	**63.1**
余部地区	14	13	27	4,627	5.84	**48.1**
勝原地区	6	19	25	15,931	1.57	**76.0**
広畑地区	6	11	17	35,705	0.48	**64.7**
大津地区	11	23	34	19,815	1.72	**67.6**
太子町	23	46	69	33,315	2.07	**66.7**

図 15：地区別救急搬送密度（救急車／人口千人・2025 年度）

（出所：第４章表３～５の人口をもとに筆者算出。）

なお、本項の救急車受入総数及び入院受入総数は、来院方法を持つ診療データ（診療レコード単位）に基づく集計であり、5-2-1 で用いた入院件数（地域連携データ、2024 年度 1,295 件）とは母数・集計単位が異なる。

まず地区別の救急搬送密度を確認し（図 15）、次に救急車受入の地区別構成比を 2024 年度と 2025 年度で比較する（図 16）。最大の流入源は御津地区で、構成比は 24.7%から 24.9%とほぼ不変であり、地元密着の中核を維持している。次いで網干地区が 17.8%から 22.0%へ 4.2 ポイント上昇した。一方、太子町は 15.5%から 9.5%へ 6.0 ポイント低下し、構成比を大きく落とした。龍野西地区（7.5%→7.6%）はほぼ横ばい、龍野東地区（7.2%→6.2%）はやや低下、揖保川地区（4.8%→7.2%）は上昇した。

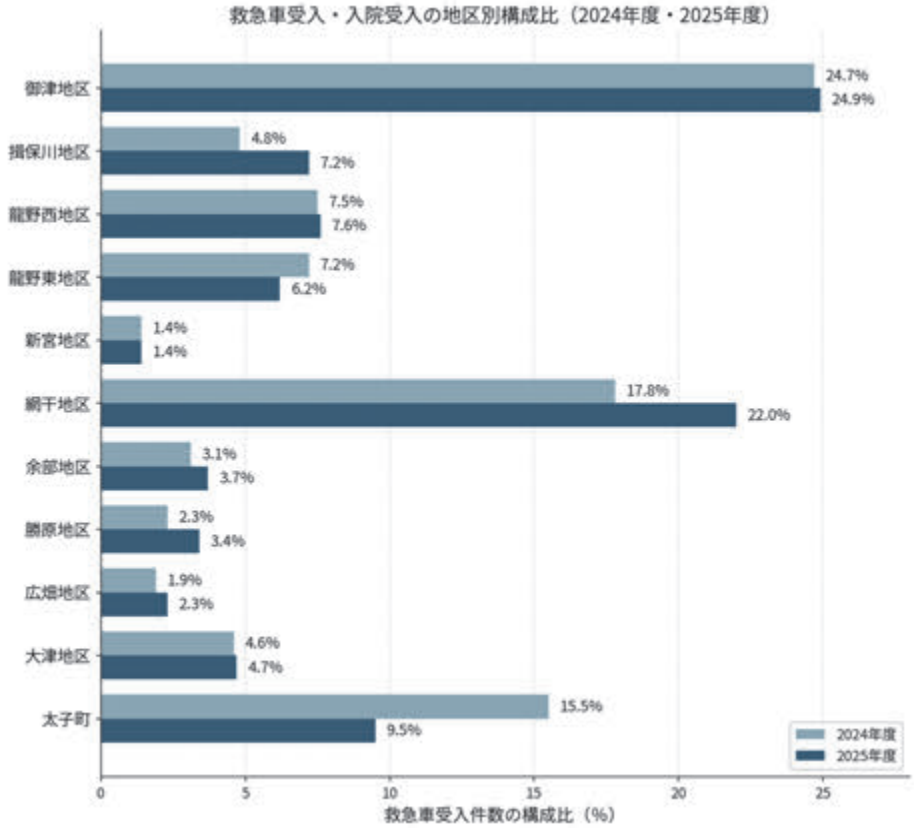


図 16：救急車受入・入院受入の地区別構成比

5-2-5.　疾患別受入構造の変化

疾患別分析は診療データより抽出した ICD データを用いた（図 17）。2024 年度から 2025 年度にかけて、呼吸器系疾患は 307 件から 209 件へ 98 件減少し、特殊目的用コードは 121 件から 37 件へ 84 件減少した。損傷・中毒及びその他の外因の影響は 209 件から 168 件へ 41 件減少した。一方、眼及び付属器の疾患は 40 件から 90 件へ 50 件増加し、腎尿路生殖器系は 71 件から 89 件へ 18 件増加した（図 18）。

呼吸器系・損傷外因・循環器系・腎尿路生殖器系・筋骨格系の重点疾患群は、高齢者救急や ADL 低下、退院調整を伴い、急性期から地域包括ケア・回復期リハビリテーションへの移行と結びつきやすい。このうち2025 年度は呼吸器系と損傷・外因が減少しており、下流病棟へつながりやすい疾患群が細った。一方、眼科疾患の増加は入院件数を補完するものの、短期入院手術の患者のため院内接続につながらない。

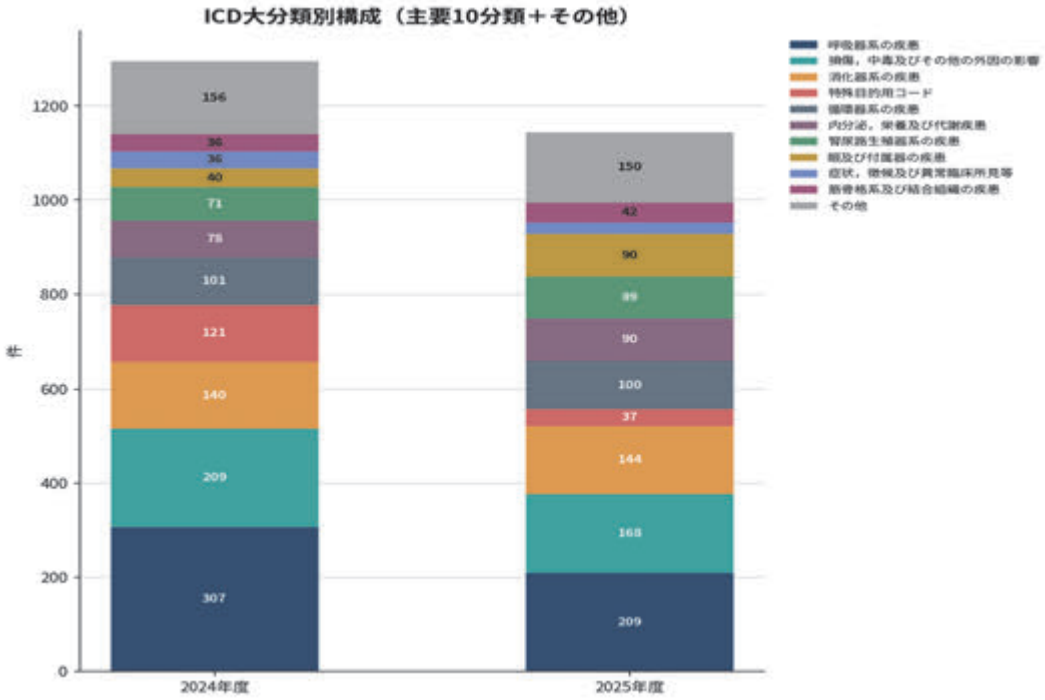


図 17：ICD 大分類別構成（主要 10 分類＋その他）

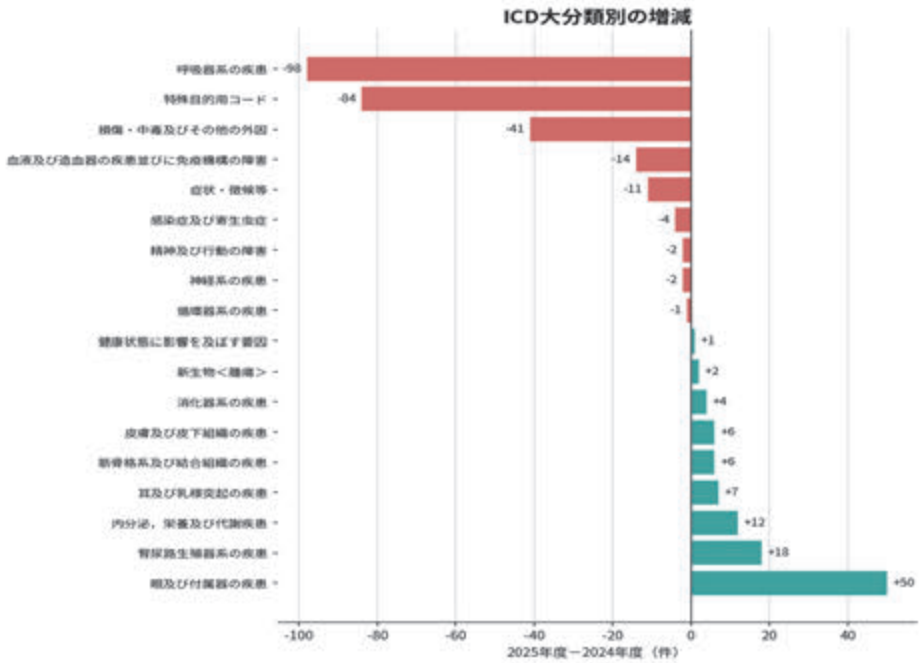


図 18：ICD 大分類別の増減

5-2-6.　入口分析の小括

入口分析からは、2025 年度の変化は単なる入院件数の減少ではなく、自宅起点の入院減少、外縁部の隣接生活圏からの流入低下、呼吸器系・損傷外因など高齢者急変型疾患群の減少として把握できる。これは、地域の在宅・施設急変を受け止めるサブアキュート入口機能の量的縮小を示す。御津地区の受入は増えているため、地元密着機能はむしろ強まっている可能性がある。しかし、ケアミックス型病院として病床全体を稼働させるには、御津地区だけでは入院につながる対象患者人口が不足しており、周辺生活圏からの入口を維持する必要がある。

5-3.　出口分析：退院後移行先の変化

5-3-1.　退院先全体の構成

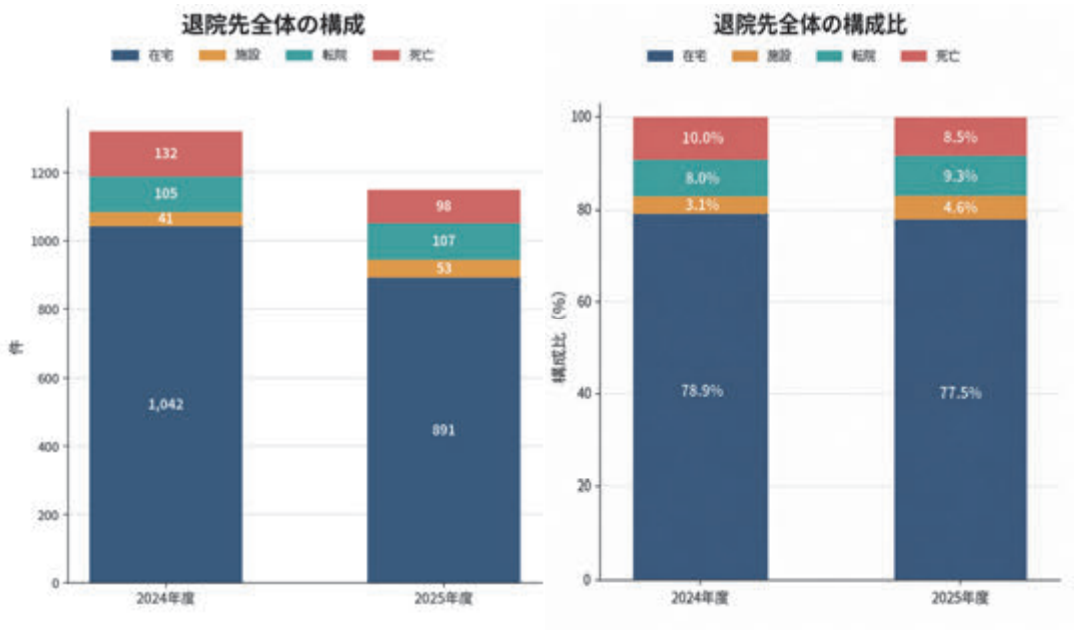


図 19：退院先全体の構成と構成比

退院先全体では、在宅退院が 1,042 件から 891 件へ 151 件減少した。転院は 105 件から 107 件とほぼ横ばいであり、施設退院は 41 件から 53 件へ増加した。死亡は 132 件から 98 件へ減少した（図 19）。

在宅退院の 151 件減少は、自宅起点の入院が 935 件から 775 件へ 160 件減少したことと同方向の変化を示しており、入口側における自宅からの患者受入れの縮小が出口

側にも表れている可能性がある。一方、施設起点の入院は 175 件から 149 件へ減少したにもかかわらず、施設退院は 41 件から 53 件へ増加している。このことから、2025 年度の出口変化は入院患者数の減少だけでは説明できず、退院先の構成そのものにも変化が生じている。

5-3-2.　病棟別退院先

病棟別の退院先構成比では、急性期一般病棟は在宅・転院の割合が上昇し、死亡が 12.9%から 8.0%へ低下した。地域包括ケア病棟では、在宅が 80.2%から 75.3%へ低下する一方、施設が 2.9%から 7.2%へ上昇した。回復期リハビリテーション病棟でも在宅が 83.1%から 79.7%へ低下し、転院・施設の割合が上昇した。2025 年度は、急性期一般病棟では死亡の減少、地域包括ケア・回復期リハビリテーション病棟では在宅退院割合の低下が特徴として確認された（図 20）。

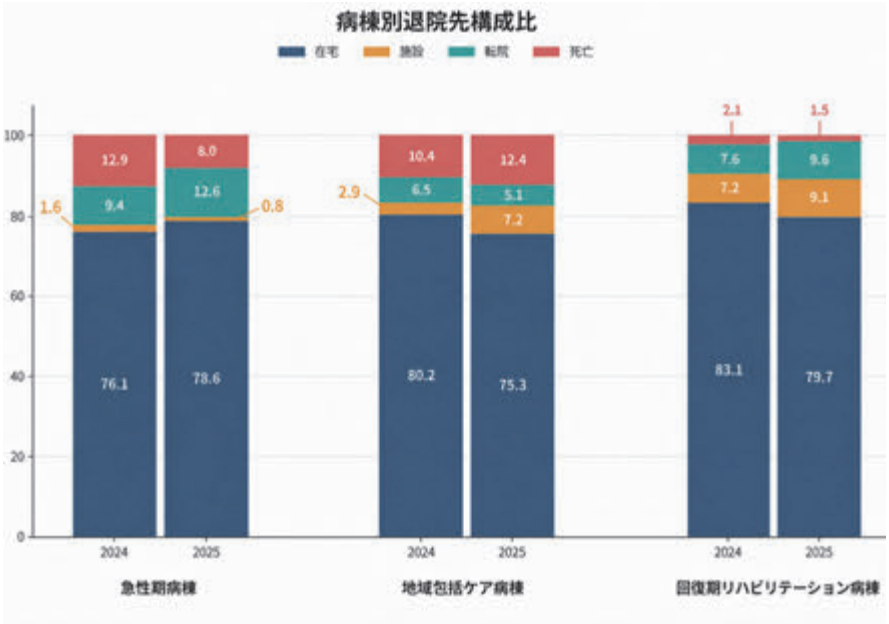


図 20：病棟別退院先構成比

5-3-3.　疾患構成と出口変化

疾患別退院先について、本節では疾患別件数の変化を出口の変化と接続して解釈する。呼吸器系、循環器系、腎尿路系は、高齢者急変、施設入所者の急変、在宅復帰困難と結びつきやすい。損傷・外因は、骨折や転倒後の ADL 低下を通じて、回復期のリハビリテーションや施設退院と関係しやすい。

2025 年度は呼吸器系と損傷・外因が減少した一方で、施設退院は増加している。この組み合わせは、患者数が減ったにもかかわらず、出口調整の負荷が軽くなっていない可能性を示す。

5-3-4.　年齢階層別退院先

年齢階層別退院先の構成比をみると、在宅退院の割合は年齢とともに一貫して低下し（90.2%→68.3%）、施設退院（0.8%→11.1%）及び死亡（3.3%→14.3%）の割合は上昇する。転院の割合は 85-94 歳まで上昇したのち、95 歳以上ではやや低下する（図 21）。以上から、高齢になるほど退院先は在宅のみではなく、施設・転院等へ分散する傾向が確認された。

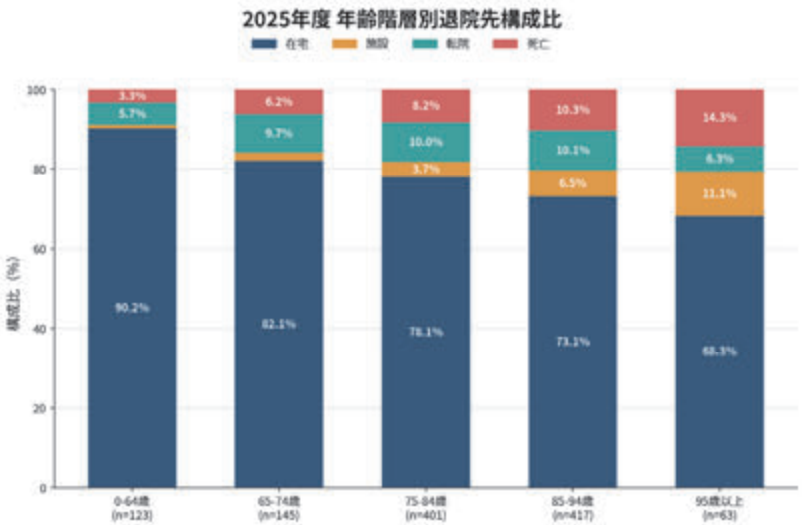


図 21：2025 年度　年齢階層別退院先構成比

5-3-5.　出口分析の小括

出口分析からは、2025 年度に在宅退院件数が減少した。在宅退院件数の減少は自宅起点入院の減少と連動しており、入口で自宅から受ける患者が減ったことの帰結と解釈できる。施設退院は増加したが、その絶対数は病院全体で 41 件から 53 件と小さい。すなわち2025年度の出口の変化は、出口機能の悪化そのものではなく、入口量の減少と、それに伴う出口側の患者構成（自宅起点患者の減少と施設接続のやや高い比重）の変化として理解すべきである。急性期後の患者を下流病棟・在宅・施設へ送り出すポストアキュート機能は、出口側の処理能力が劣化したのではなく、上流の入口量に影響される形で縮小したと解釈できる。

5-4.　院内接続分析：病床機能間の患者移行

5-4-1.　入口・病棟間移行・出口の接続構造図

図 22 は、入院元から各病棟への流入、病棟間の転棟、各病棟から退院先への移行を、一連の患者経路として示したものである。

2024 年度と 2025 年度を比較すると、図の左側では、急性期病棟への総流入が 942 件から 761 件へ 181 件、19.2%減少しており、急性期病棟へ向かう帯が細くなっている。さらに図の中央では、急性期病棟から地ケア病棟への転棟が 216 件から 146 件へ 70 件、32.4%減少し、回リハ病棟への転棟も 163 件から 99 件へ 64 件、39.3%減少している。両病棟への転棟を合計すると、379 件から 245 件へ 134 件、35.4%減少しており、急性期病棟への流入以上に、後方病棟への接続が縮小している。

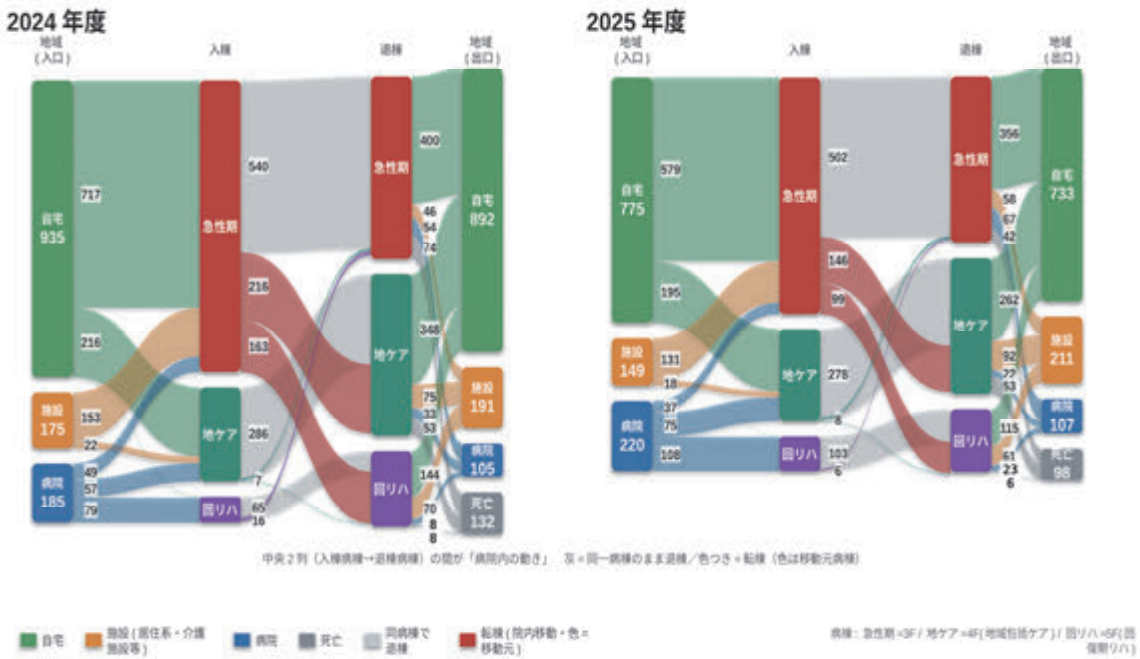


図 22：地域―病棟間の循環構造

（注：本図は同一患者を縦断的に追跡したものではなく、集計値を用いて年度内の入口・病棟接続・出口の構造を模式化したものである。筆者作成）

5-4-2.　病棟別にみたケアミックス機能の変化

急性期一般病棟、地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟を比較し、直入院、院内転入、総流入、出口変化を整理した。

急性期病棟は、ケアミックス型病院における入口機能と院内分岐機能を担う。2024年度から2025年度にかけて、急性期病棟への直入院は919件から747件へ172件減少し、急性期病棟から地ケア・回リハ病棟への移行合計は379件から245件へ134件減少した。これは、急性期病棟の患者量減少が、地ケア病棟と回リハ病棟の稼働にも波及する構造を示す。

地域包括ケア病棟では、直入院は295件から288件へ小幅減少にとどまった。しかし、急性期病棟から地ケア病棟への転棟は216件から146件へ70件減少し、総流入は511件から434件へ77件減少した。

回復期リハビリテーション病棟では、直入院が81件から109件へ増加しており、外部からの回復期受入は一定程度強化された。一方で、急性期病棟から回リハ病棟への転棟は163件から99件へ64件減少した（地ケア病棟からの転入を含む院内転入では165件から101件へ減少）。これにより総流入は246件から210件へ36件減少した。

表９：病棟別にみたケアミックス機能の変化

病棟	直入院	院内転入	総流入	出口変化
急性期病棟	919→747	23→14	942→761	在宅 437→411
	（▲172）	（▲9）	（▲181）	転院 54→66
地ケア病棟	295→288	216→146	511→434	在宅 408→323
	（▲7）	（▲70）	（▲77）	施設 15→31
回リハ病棟	81→109	165→101	246→210	在宅 197→157
	（＋28）	（▲64）	（▲36）	施設 17→18

5-4-3.　院内接続分析の小括

院内接続分析からは、急性期一般病棟への直入院減少（172 件減）を起点として、地域包括ケア病棟・回復期リハビリテーション病棟への院内転棟が合計 134 件縮小したことが確認された（前掲 5-4-1、5-4-2）。病床稼働の低下は個別病棟の問題ではなく、院内ポストアキュートの接続量の縮小として捉える必要がある。

5-5.　地域内循環構造の分析

5-5-1.　紹介元病院別にみたポストアキュート受入の実態

5-2-2. 及び 5-4-2 で確認した「他院からの直接入院」の内実を、紹介元病院・診療科・年齢の観点からさらに検証する。

まず、地域包括ケア病棟・回復期リハビリテーション病棟への他院直接入院を紹介元病院別にみると（表 10）、上位３病院（A 病院、B 医療センター、C 病院）で全体の 84〜88%を占め、紹介元は少数の病院に強く集中している。とりわけ A 病院は 2024 年度 53 件から 2025 年度 76 件へ 23 件増加しており、他院直接入院の年度間増加分 47 件のうち約半分を単独で占める。

次に、この他院直接入院の性質を診療科・ICD 大分類・年齢の面から確認すると、2024 年度・2025 年度とも約６割（59.6%、62.3%）がリハビリテーション科扱いである。ICD 大分類でみると、損傷・中毒及びその他の外因の影響（骨折等）が 33.1%・30.6%、循環器系疾患が 22.1%・24.0%、筋骨格系及び結合組織の疾患が 8.8%・10.9%を占め、これらを合わせると 64.0%・65.6%に達する。循環器系疾患には脳梗塞等の脳血管疾患に加え心疾患も含まれており、手術・カテーテル治療等を目的に他院へ転院した患者が、治療後に同院へ戻ってきているケースが含まれている可能性がある。以上は、他院からの直接入院が、急性期治療後にリハビリテーション・療養の継続を要する高齢患者を引き継ぐという、定義上のポストアキュート機能に整合的な性質を持つことを示す。

このように、サブアキュート機能が御津地区を中心としつつも周辺生活圏を含む比較的広い地域から患者を受け入れているのに対し、ポストアキュート機能は少数の紹介元病院に集中しており（表 10）、患者・医療機関双方にとってのアクセシビリティ（地理的・関係的な近接性）がより強く働く構造にあると考えられる。

表 10：地域包括ケア病棟・回復期リハビリテーション病棟への紹介元病院別直接入院件数

紹介元病院	2024 年度（件）	2025 年度（件）	増減（件）
A 病院	53	76	＋23
B 医療センター	39	41	＋2
C 病院	27	37	＋10
その他（10〜15 病院）	17	29	＋12
合計	136	183	＋47

5-5-2.　自院ポストアキュートと地域連携ポストアキュートの比較

これらを踏まえ、地域包括ケア病棟・回復期リハビリテーション病棟への入口を、自院の急性期一般病棟からの院内転棟（自院ポストアキュート）と他院からの直接入院（地域連携ポストアキュート）の合計として再集計すると（表 11）、2024 年度 515 件から 2025 年度 428 件へ 87 件（16.9%）の減少となる。これは、5-4-2 で確認した

院内転棟のみの減少幅（379 件から 245 件へ 134 件減、35.4%減）よりも緩やかであり、他院からの直接受入の増加が、自院の急性期病棟からの供給減少を部分的に相殺していたことを示す。また、地ケア・回リハ病棟への直入院（自宅・施設起点＋他院起点、院内転棟を除く）に占める他院起点の比率は、2024 年度 36.2%（136／376 件）から 2025 年度 46.1%（183／397 件）へ約 10 ポイント上昇しており、直入院に限れば他院起点がほぼ半数に達している。

表 11：ポストアキュート入口の再集計（自院ポストアキュート＋地域連携ポストアキュート）

ポストアキュート入口の経路	2024 年度（件）	2025 年度（件）	増減（件）
自院ポストアキュート （急性期病棟→地ケア・回リハ　院内転棟）	379	245	▲134
地域連携ポストアキュート （他院からの地ケア・回リハ　直接入院）	136	183	＋47
ポストアキュート入口　合計	515	428	▲87

5-5-3.　地域内循環性の検証

地域内患者循環とは、自院への入院から院内転棟、退院に至る流れだけでなく、周辺急性期病院からのポストアキュート受入を含め、地域全体で患者が医療機能間を移行する構造を指す。2025 年度は、入口では自宅起点入院と周辺地区からの受入が減少し（前掲 5-2-2、5-2-3）、疾患では呼吸器系・損傷外因が減少し（前掲 5-2-5）、病棟間移行では急性期病棟から地ケア・回リハ病棟への移行が 134 件減少した（前掲 5-4-2）。出口では施設退院が増加した（前掲 5-3-1）。これらは、地域内循環の量が減少し、出口調整の質が複雑化したことを示す。

したがって、2025 年度の地域内循環は、地域からの入口、病棟間の接続及び退院後の出口が同時に変化したものとして捉える必要がある。ただし、5-5-1 で確認したとおり、地ケア・回リハ病棟の入口を自院内の循環に限定せず、周辺急性期病院からの直接受入まで含めて捉えれば、循環の起点は自院の入口（自宅・施設）に限られない。地域内循環性は、自院で完結する概念から、周辺急性期病院を含む地域全体の患者循環として捉え直す必要がある。

さらに、病棟別総流入では、急性期一般病棟が 181 件減、地域包括ケア病棟が 77 件減、回復期リハビリテーション病棟が 36 件減であった（前掲 5-4-2）。病床利用率の

低下は、単に急性期の問題ではなく、急性期から下流病棟へつながる患者循環の縮小として捉える必要がある。

以上より、2025 年度には、自院急性期病棟を起点とする院内ポストアキュート移行が大きく減少した一方、周辺急性期病院からの直接受入は増加した。この結果、ポストアキュート機能全体の縮小は院内転棟ほど大きくなく、その入口は自院完結型から地域連携型へ相対的に比重を移していた。したがって、2025 年度に生じた変化は、単純なポストアキュート機能の縮小ではなく、地域内患者循環構造の変化として捉える必要がある。

5-6. 小括

本章では、たつの市民病院の 2024 年度と 2025 年度を比較し、入口・疾患・出口・病棟間接続の変化から、ポストアキュート機能及びサブアキュート機能を検証した。

2025 年度は、入院延べ患者数及び救急入院件数そのものの減少によって、病床稼働・入院量が縮小した。救急入院件数は、市外の隣接生活圏を中心に減少しており（前掲 5-2-4）、入口側の受入量そのものを押し下げる要因となった。入院元では自宅起点の入院が減少し、地区別には御津地区の受入が増える一方で、太子町・網干地区など外縁部の隣接生活圏からの流入が低下した。疾患別には、呼吸器系及び損傷・外因など、高齢者急変や回復期接続に関係する疾患群が減少した。出口では在宅退院が減少し、施設退院が増加した。施設退院や転院は在宅退院と比べて調整に要する日数が長くなりやすく、入口量が減少する局面で出口調整の重い患者の割合が高まれば、病床回転率や収益性にも不利に作用しうる。

病棟別にみると、急性期一般病棟の直入院減少を起点に地ケア・回リハ病棟への院内移行が縮小した（前掲 5-4-2）。とりわけ地域包括ケア病棟では施設退院が 15 件から 31 件へ増加しており、同病棟が在宅復帰のみを担う病棟から、在宅・施設・他院を含む複線型の出口を調整する病棟へと役割を広げつつある可能性が示唆される。

一方、地域包括ケア病棟・回復期リハビリテーション病棟への他院直接入院は 136 件から 183 件へ増加し、自院ポストアキュートの減少を部分的に補填した。この結果、サブアキュート機能と自院内ポストアキュート機能が縮小する一方、地域連携ポストアキュート機能は相対的に維持された。患者循環の起点は自院急性期病棟だけでなく、周辺急性期病院を含む地域全体へ広がっており、病院完結型から地域完結型への変容が示唆された。

６．考察

6-1.　本章の目的

第５章では、たつの市民病院の 2024 年度と 2025 年度を比較し、サブアキュート機能の縮小、ポストアキュート機能の相対的な維持、退院支援負荷の増加という患者フローの変化を確認した。本章では、これらの変化を、①ポストアキュート・サブアキュート機能の非対称性（6-2）、②出口機能と包括期機能（6-3）、③中小規模公立病院としての機能変容（6-4）、④経営上の示唆（6-5）という４つの観点から考察する。

6-2.　ポストアキュート・サブアキュート機能の非対称性

2025 年度は呼吸器系疾患が 307 件から 209 件へ、損傷・外因が 209 件から 168 件へと、高齢者の急変対応と結びつきやすい疾患群が減少した（第５章 5-2-5）。人口動態が年単位で緩やかに進行することを踏まえると、この１年間の変化は地域人口の減少のみでは説明しにくく、診療科別の医師配置の変化に影響されている可能性が高い。実際、同院は2013 年度以降、医師不足を要因として収支が悪化した経緯があり（たつの市，2016）、医師確保の困難は本研究以前からの構造的な脆弱性として記録されている。この意味で、サブアキュート機能は、病床の保有状況よりも日々の診療を担う医師の診療科構成に影響されやすい機能だといえる。

一方、ポストアキュート機能の縮小は87 件（16.9%）にとどまり、院内転棟のみの減少幅（134 件）より緩やかだった（前掲表 11）。この 134 件という自院からの供給減少は、自宅・施設からの入院減少（160 件と 26 件、合計 186 件、前掲 5-2-2）に匹敵する規模だが、他院からの直接受入れ（＋47 件）による相殺で、最終的な縮小は87 件に抑えられた。他院からの直接入院が 136 件から 183 件へ増加し、他院起点の比率が 36.2%から 46.1%へ上昇したことは、ポストアキュート機能が地域連携という代替経路を持つために、医師偏在の影響を相対的に受けにくいことを示している。この違いは、病床という構造の保有と、実際の機能発揮とは別であるとする Donabedian（1966）の視点とも整合する。

この非対称性は、資源依存理論（Pfeffer and Salancik, 1978）からも説明できる。同理論によれば、組織にとって重要でありながら代替が困難な資源ほど、その供給を握る外部主体への依存度が高まり、組織側の統制可能性は低下する。サブアキュート機能は特定診療科の医師の即応体制に依存し、代替可能な供給源が乏しいため、依存度が高く統制困難な機能である。これに対しポストアキュート機能は、看護・リハビリテーション・MSW 等の多職種による受け入れ体制と、他院からの紹介という地域連

携の両方によって、患者供給源を自院内から地域へ拡張しており、代替可能な供給源を確保している。ただし、紹介元の 84〜88%は上位３病院に集中しており、外部依存が十分に分散しているわけではない。したがって、ポストアキュート機能は自院急性期病棟への依存を相対的に低下させた一方、少数の連携病院への依存を新たに形成していると解釈できる。同理論は、依存への対処として資源そのものの確保と依存度の低減という二つの経路を示しており、後述する 6-5 の経営上の示唆（医師確保と多職種・地域連携の両輪）は、この二つの経路にそれぞれ対応するものと位置づけられる。

この非対称性は、両機能のアクセシビリティの違いとしても整理できる。サブアキュート機能は在宅・施設からの急変患者を周辺生活圏まで含む広範囲から受け止めており（前掲 5-2-3）、地理的な広がりはすでに上限に近い。これに対しポストアキュート機能は紹介元が少数病院に集中している一方（前掲 5-5-1）、地理的な上限には達しておらず、多職種・地域連携によって収患範囲を広げる余地がより多く残されていると推察される。

なお、サブアキュート機能の入口にあたる救急受入れの縮小は、地域の救急需要そのものの減少ではない。たつの市の評価資料によれば、姫路・赤穂・西播磨地域の救急件数は 2022 年度 37,236 件から 2024 年度 49,256 件へ増加した一方、同院の救急受入件数は 791 件から 646 件へ減少し、地域救急貢献率は 2.12%から 1.31%へ低下している[9]。同時期、市内に所在する医療機関の一つは、肺炎、心不全、尿路感染症、整形外科疾患等、高齢者のサブアキュート領域と重なる疾患を対象に掲げつつ、満床時にも救急患者を受け入れるための専用病床を新設するなど、救急受入体制を明確に強化した[10]。市内における最大の救急応需件数という位置づけは、従来はたつの市民病院が担っていたとみられるが、当該医療機関は2024年に市内最多の救急車応需数を記録したと公表しており[11]、この位置づけが、たつの市民病院から移行したことがうかがえる。これらの動向を踏まえると、圏域内の救急受入体制・役割分担の変化が、同院のサブアキュート機能の入口を弱めている可能性が示唆される。医師配置の変化という内部要因と競合医療機関の受入体制強化という外部要因は、医師という資源の確保・配分という共通の背景から生じたものと解釈でき、前者による受入余地の縮小を

---

9 たつの市（2025b）「令和７年度第１回地方独立行政法人たつの市民病院機構評価委員会資料」

10 医療法人社団仁徳会とくなが病院（2024）「Doctor’s Topics」Vol.12。

11 医療法人社団仁徳会とくなが病院（2025）「Doctor’s Topics」Vol.13。

後者が埋め合わせる形で役割分担が変化したとみれば、資源依存理論に基づく上記の解釈とも整合的である。

重要なのは、2025 年度に縮小した呼吸器系・損傷外因が、将来推計（前掲表７）では 2035 年にかけて微増し、2040 年時点でも高水準を維持すると見込まれている領域と重なる点にある。同院が現在縮小させている診療領域は、将来にわたって最も必要とされ続ける領域とほぼ一致しており、医師確保戦略は、この重なりを優先的に捉えた中長期的な視点を持つ必要がある。

6-3.　出口機能と包括期機能

85 歳以上の高齢患者では施設退院・転院・死亡の割合が増加し（第５章 5-3-4）、施設退院や転院は在宅退院より調整に日数を要する。2025 年度は入院件数全体が減少する一方、地域包括ケア病棟の施設退院は 15 件から 31 件へ倍増しており、病院全体としての退院支援の負荷はむしろ増している可能性がある。患者数の減少にあわせて退院支援体制を単純に縮小することは、この負荷の増大に見合った対応とは言い難い。

厚生労働省（2026a）の地域医療構想策定ガイドラインは、従来の回復期機能を、高齢者の急性期受入れと早期リハビリ・退院支援を一体化した「包括期機能」として再定義している。同ガイドラインが示す目安となる入院料には、地域包括ケア病棟入院料と地域包括医療病棟入院料がともに含まれる（同ガイドライン別添３）。地域包括ケア病棟における施設退院の増加は、在宅復帰に限らない複線的な出口調整という包括期機能の内実を、同院がすでに実質的に担っていることを示す。同時に、たつの市民病院の病棟別総流入をみると、急性期病棟が 942 件から 761 件へ 181 件減と最も大きく縮小しており（前掲表９）、その一部を地域包括医療病棟へ再編するという選択肢も浮かぶ。地域包括医療病棟は、高齢者の急性期受入れと早期リハビリ・退院支援を一体的に担う病棟類型であり、同院がすでに担いつつあるポストアキュート・サブアキュート機能と親和性が高い。したがって、稼働率が低下した急性期病床の一部をこの病棟類型へ転換することは、病床規模の縮小ではなく、同院が実質的に果たしてきた機能を制度上明確化する再編と位置づけられる。包括期機能の担い手は、地域包括ケア病棟以外にも広がりうる。

6-4.　中小規模公立病院としての機能変容

新たな地域医療構想は、高齢者救急・地域急性期機能を、救急搬送の受入れ、早期リハビリ、退院支援及び在宅・介護施設との連携を要件とする医療機関機能として新

設した（厚生労働省，2026a）。高齢者の急変を受け止め、在宅・施設復帰につなぐという、たつの市民病院の姿は、高度急性期医療の量的拡大とは異なるこの機能区分と一致する。同ガイドラインは急性期拠点機能を人口 20 万人から 30 万人に１か所程度としており、120 床規模の病院は、規模の面からも高齢者救急・地域急性期機能を中心的に担う医療機関として位置づけられる。

6-2 で確認した他院起点比率の上昇（36.2%から 46.1%へ）は、同院が地域完結型のケアミックスモデルへ移行しつつある可能性を示唆する。この移行では、紹介元・在宅療養支援機関との情報の継続性（Haggerty et al., 2003）が機能発揮の成否を左右する。医療機関機能報告の項目に在宅医療・高齢者施設連携の状況が含まれていることも、この重要性を裏づける。太子町・網干地区等、地域完結型モデルへの移行を支えると考えられる患者基盤の変化については、6-5 で経営上のリスクとして改めて述べる。

6-5.　経営上の示唆

病院診療圏の総人口は 2050 年までに約 18%減少し、医療需要指数も 2025 年を 100 として同時点には93 となる。一方、後期高齢者人口は播磨姫路医療圏で高水準を維持し、循環器・呼吸器・損傷外因等の疾患群では2035 年にかけて患者数の微増が見込まれる（前掲図６、表６、表７）。したがって、たつの市民病院がサブアキュート機能を今後も維持できるか否かを左右するのは、需要の減少というより医師確保という供給側の制約である可能性が高い。医師偏在は地方において構造的に解消し難い制約であり、循環器・呼吸器・整形外科系の医師確保に向けた取組みは引き続き重要である。同時に、医師確保のみに依存した場合、医師偏在という構造的制約により、サブアキュート機能の継続的な提供自体が困難になるリスクがあるため、多職種による受け入れ体制の強化と、他院からの紹介受入れの積極化により、機能維持の受け皿を厚くすることも、中長期的な経営戦略の核心である。

医業収益の約 80.2%を入院収益が占める同院の収益構造（前掲 5-1）は、医師偏在による患者受入れの減少を、経営全体に増幅して波及させやすい。加えて、御津地区への依存が強まる一方、太子町（179→120 件）・網干地区（240→206 件）など周辺生活圏からの流入は弱まっており、地域完結型モデルへの移行を支えると考えられる患者基盤が地理的に限定されるリスクも抱えている。御津地区の人口規模（前掲 4-3）だけでは、急性期一般・地域包括ケア・回復期リハビリテーションの３病棟を安定的に稼働させるために必要な新規入院患者を継続的に確保することは難しい。対象患者

人口を広げるには、姫路市南西部５地区・太子町からの紹介ルート及び救急搬送ルートを維持・強化し、周辺生活圏からの入口を確保することが必要である。

公立病院として、たつの市民病院はたつの市全域を対象とする公的責任を負っており、周辺生活圏からの受入れも制度上・機能上は前提とされている。しかし、利用者の受療行動は、公的責任の及ぶ範囲よりもアクセシビリティ（地理的近接性）に強く規定される。だからこそ、周辺生活圏からの入口確保は、紹介・搬送ルートの維持という抽象的な努力目標にとどめず、救急搬送体制における連携協定や、紹介元診療所・施設との情報連携の強化など、アクセシビリティそのものを補完する具体策として実行する必要がある。

７．結論

本研究は、人口減少地域に立地する中小規模公立病院であるたつの市民病院を事例に、患者の入口・院内接続・出口という３局面から 2024 年度と 2025 年度の患者フローを比較し、メイン・リサーチクエスチョン「地域包括ケアシステムにおいてどのような地域医療機能を担い、その機能はどのように変容しているのか」を検証した。以下、Sub-RQ ごとに結論を示す。

Sub-RQ1（受入れの経路・地域・疾患群）　入院の中心は自宅起点（2025 年度 775 件）だが、他院からの直接入院が 136 件から 183 件へ増加した。地域的には御津地区への集中が強まる一方、太子町・網干地区など周辺生活圏からの流入が減少した。疾患群では呼吸器系・損傷外因など高齢者急変型疾患が減少した。

Sub-RQ2（病床機能間の接続）　急性期病棟から地ケア・回リハ病棟への院内転棟が 134 件減少した一方、他院からの地ケア・回リハ病棟への直接入院が 47 件増加し、院内接続の一部を地域連携が代替した。

Sub-RQ3（出口機能の構成）　在宅退院が 151 件減少し、施設退院が 12 件増加した一方、転院（105→107 件）はほぼ横ばい、死亡（132→98 件）は減少した。施設退院・転院は在宅退院より調整日数を要するため、退院件数の減少ほどには、退院支援の負荷は軽減していない可能性がある。

Sub-RQ4（機能変容の含意）　以上を統合すると、サブアキュート機能（在宅・施設からの急変受入れ）は診療科別医師配置の影響を受けやすく縮小したのに対し、ポストアキュート機能（急性期後の引継ぎ）は多職種・地域連携という代替経路により相対的に維持された。この非対称な変容が 2025 年度の患者フロー変化の核心である。

メイン RQ への回答　以上から、たつの市民病院は、地域包括ケアシステムにおいて、病院完結型から、周辺急性期病院・在宅・介護資源と接続する地域完結型のケアミックス機能へと、これまで以上に移行しつつある可能性が示唆され、2026 年の新たな地域医療構想が示す「包括期機能」「高齢者救急・地域急性期機能」という制度区分を、すでに実質的に先取りしていると結論づけられる。これは、第２章 2-5 で示したとおり、同ガイドラインが定める「包括期機能」が急性期後の回復支援・退院支援と在宅・施設からの急変受入れを一体的に扱う点、及び「高齢者救急・地域急性期機能」が救急受入れ、早期リハビリテーション、退院支援、在宅・介護連携を要件とする点が、たつの市民病院がすでに実践しているポストアキュート・サブアキュート機能と実質的に一致することによる。本事例は、同様の人口減少地域に立地する中小規模公立病院に対しても、医師偏在という制約のもとで医師確保に取り組みつつ、多職種・地域連携によってポストアキュート機能の受け皿を確保することが、地域医療機能を維持するうえで現実的な経路となることを示唆する。一方、サブアキュート機能については、代替可能な資源が乏しく、当該病院単独の努力だけでは医師偏在という構造的制約を克服し難いことから、圏域単位での医師確保・連携体制の構築など、地域医療政策レベルでの対応が併せて求められることを示唆する。

本研究の意義は、病床の保有と機能発揮を区別する Donabedian（1966）の視点を入口・院内接続・出口の枠組みに落とし込み、中小規模公立病院の機能変容を実証的に可視化した点にある。この可視化により、サブアキュート機能（在宅・施設からの急変受入れ）とポストアキュート機能（急性期後の引継ぎ）が、医師配置と多職種・地域連携という異なる要因によって非対称に変容している実態を具体的に示すことができた点に意義がある。また、総務省（2022）が公立病院に求める、採算性のみでは供給が困難な医療の提供及び地域の医療・介護資源をつなぐ役割に照らせば、本研究の知見は、たつの市民病院が地域完結型のケアミックス機能を通じてこの役割を維持しつつあることを示すものでもある。実務的には、医師確保と多職種・地域連携によるポストアキュート受け皿強化という両輪の戦略、地域包括ケア病棟の複線的出口機能化、周辺生活圏からの流入維持という経営判断への示唆を提供する。

他方、本研究の解釈は量的データに基づく仮説にとどまり、医師配置と患者フローの因果関係、病院・地域双方の認識の連続性は検証できていない。２カ年比較である点にも留意が必要であり、医師配置データとの接続分析や病診連携を含めた地域連携先への質的調査が今後の課題である。

謝辞

本論文の作成にあたり、熱心かつ丁寧にご指導を賜りました、兵庫県立大学大学院経営研究科の丸山洋三准教授、木下隆志教授、貝瀬徹教授、井出健二郎教授、また、資料をご提供いただいた地方独立行政法人たつの市民病院機構の皆様、そしてともに学んだ医療・介護マネジメントコースの皆様に心から感謝を申し上げます。

参考文献

[1] Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Memorial Fund Quarterly, 44*(3), 166-203. Reprinted in *The Milbank Quarterly, 83*(4), 691-729, 2005.

[2] Haggerty, J. L., Reid, R. J., Freeman, G. K., Starfield, B. H., Adair, C. E., & McKendry, R. (2003). Continuity of care: A multidisciplinary review. *BMJ, 327*, 1219-1221.

[3] Pfeffer, J., & Salancik, G. R. (1978). *The external control of organizations: A resource dependence perspective.* Harper & Row.

[4] World Health Organization. (2016). *Transitions of care: Technical series on safer primary care*. World Health Organization.

[5] 医療法人社団仁徳会とくなが病院(2024)『Doctor's Topics』Vol.12。

[6] 医療法人社団仁徳会とくなが病院(2025)『Doctor's Topics』Vol.13。

[7] 厚生労働省(2010)『医療施設経営安定化推進事業　病院経営管理指標』。

[8] 厚生労働省(2019)『地域医療構想の実現に向けた具体的対応方針の再検証等について』。

[9] 厚生労働省(2024)『新たな地域医療構想の現時点の検討状況について(報告)』。

[10] 厚生労働省(2026a)『地域医療構想策定ガイドライン』。

[11] 厚生労働省(2026b)『新たな地域医療構想に関するとりまとめ』。

[12] 総務省(2022)『持続可能な地域医療提供体制を確保するための公立病院経営強化ガイドライン』。

[13] たつの市(2016)『兵庫県内公立病院の経営比較分析表(たつの市民病院、平成 27 年度)』。

[14] たつの市(2022)『令和 4 年版たつの市統計書』。

[15] たつの市(2024)『第 9 期たつの市高齢者福祉計画・介護保険事業計画』。

[16] たつの市(2025a)『令和 6 事業年度 地方独立行政法人たつの市民病院機構の業務実績に関する評価結果』。
[17] たつの市(2025b)『令和 7 年度第 1 回地方独立行政法人たつの市民病院機構評価委員会資料』。
[18] 地方独立行政法人たつの市民病院機構(2021)『2021 年度 年度計画』。
[19] 地方独立行政法人たつの市民病院機構(2023)『2022 年度 事業報告書』。
[20] 地方独立行政法人たつの市民病院機構(2024)『2023 年度 事業報告書』。
[21] 地方独立行政法人たつの市民病院機構(2025)『令和 6 年度(2024 年度)事業報告書(第 5 期事業年度)』。
[22] 筒井孝子(2009)「地域包括ケアシステムの未来―社会的介護から、地域による介護へ―」『保健医療科学』第 58 巻第 2 号、pp. 84-89。
[23] 兵庫県(2026)『病床機能報告(令和 6 年度)』。
[24] 松田晋哉・村松圭司・藤本賢治・峰悠子・高木邦彰・得津慶・大谷誠・藤野善久(2021)「医療・介護レセプト連結データを用いた高齢肺炎患者の医療介護サービス利用状況の分析」『日本ヘルスサポート学会年報』第 6 巻、pp. 31-40。
[25] 松田晋哉・村上玄樹・林田賢史(2024)「急性期病院における高齢患者の入退院経路と重症度、医療看護必要度の B 項目のスコアの関連に関する検討」『日本ヘルスサポート学会年報』第 8 巻、pp. 1-10。
[26] 毛利好孝・三村令児・森本康路(2020)「たつの市民病院の経営再建―3 人の M 氏の物語」『病院』第 79 巻第 7 号、pp. 520-525。

引用ホームページ

[1] 株式会社日本経営「医療需給総覧」
https://nkgr.co.jp/hsa/(2026 年 7 月 19 日アクセス)
[2] 厚生労働省「地域包括ケアシステム」
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/index.html(2026 年 7 月 19 日アクセス)
[3] 厚生労働省「令和 5 年度介護保険事業状況報告(年報)」
https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyo/23/index.html(2026 年 7 月 19 日アクセス)

[4] 厚生労働省「NDB オープンデータ」
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000177182.html(2026 年 7 月 19 日アクセス)
[5] 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(2023)年推計」
https://www.ipss.go.jp/pp-shicyoson/j/shicyoson23/t-page.asp(2026 年 7 月 19 日アクセス)
[6] 政府統計の総合窓口(e-Stat)「令和 5 年患者調査」
https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&toukei=00450022&tstat=000001224321(2026 年 7 月 19 日アクセス)
[7] 太子町「行政区別年齢別人口」
https://www.town.hyogo-taishi.lg.jp/soshikikarasagasu/kikakuseisaku/toukei/gyouseikubetujinkou/index.html(2026 年 7 月 19 日アクセス)
[8] たつの市「オープンデータ」
https://www.city.tatsuno.lg.jp/soshiki/1003/gyomu/2/1/1720.html(2026 年 7 月 19 日アクセス)
[9] 日本医師会「地域医療情報システム(JMAP)」
https://jmap.jp/(2026 年 7 月 19 日アクセス)
[10] 姫路市「町別人口・年齢別人口―令和 7 年(2025 年)3 月末―」
https://www.city.himeji.lg.jp/shisei/0000030569.html(2026 年 7 月 19 日アクセス)
[11] 兵庫県「病床機能報告(令和 6 年度)」
https://web.pref.hyogo.lg.jp/kf15/byousyoukinouhoukoku/r6.html(2026 年 7 月 19 日アクセス)