

# 公立宍粟総合病院における今後の経営戦略

## ー受入患者の分析による最適な病床機能のあり方ー

井口 浩一

キーワード：公立病院経営強化プラン、受入患者分析、多疾患併存患者、新病院建設

### 1. はじめに

現在、公立病院は地域における基幹的な公的医療機関として地域医療の確保に重要な役割を果たしているが、少子高齢化や人口減少の急速な進展に伴う医療需要の変化、医師・看護師不足、医療の高度化といった経営環境の急激な変化等を背景にした厳しい状況に直面している。

2007年、総務省は地域に必要な医療のうち採算性等の面から民間医療機関による提供が困難な医療を提供することや、地域において真に必要な公立病院の持続可能な経営を目指し経営を効率化するため「公立病院改革ガイドライン<sup>1</sup>」及び、2015年に「新公立病院改革ガイドライン<sup>2</sup>」を通知し、地方公共団体に対して公立病院改革プラン及び新公立病院改革プランの策定を要請してきた。

2022年には、人口減少や少子高齢化の急速な進展に伴う医療需要の変化に対し、持続可能な地域医療提供体制を確保することを目的として「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<sup>3</sup>」を通知し、公立病院の役割・機能の最適化と連携の強化、医師・看護師等の確保と働き方改革、経営形態の見直し、新興感染症の感染拡大時等に備えた平時からの取り組み、施設・設備の最適化、経営の効率化等を進めることを求め「公立病院経営強化プラン」の策定を要請している。

---

<sup>1</sup> 総務省 公立病院改革ガイドライン（2007年12月24日付け総務省自治財政局長通知）

<sup>2</sup> 総務省 新公立病院改革ガイドライン（2015年3月31日付け総務省自治財政局長通知）

<sup>3</sup> 総務省 持続可能な地域医療提供体制を確保するための新公立病院経営強化ガイドライン（2022年3月29日付け総務省自治財政局長通知）

しかし、人口減少や高齢化が進んだ地方の集落の生活において、困難とされる点は「近くに病院がないこと」（国土交通省 2012）であり、へき地における医療機能の確保は、当該地域の存続と大きく関わることとなっている。その結果、医療施策などに基づき進められている病院再編や病院統合は、地域再生の可能性を狭める可能性があるとし唆されている（新沼 2012）。

このように、へき地の公立病院には、地域の患者の状態に応じた病床機能を明確にし、これに医療資源を適切に投入しながら、当該地域に求められる役割を果たすことが求められている。

## 2. 研究目的と分析方法

本研究の目的は、宍粟市（しろうし）の公立病院である公立宍粟総合病院（以下、S 病院）において、受入患者の分析、地域における医療・介護ニーズ分析や予測から検証を図り、宍粟市に必要とされる総合病院の役割と最適な病床機能を明らかにすることである。

このために、S 病院が位置する圏域と現状の機能から、人口推移をはじめとする外部環境分析として、播磨姫路医療圏における病床機能の分析及び医療機関別機能評価係数Ⅱを使用した DPC 病院比較、二次医療圏シェアと患者構成指標によるポジショニング分析、要介護・要支援認定者と在宅療養の分析を実施し、その後、内部環境分析として、受入患者における多疾患併存患者の割合や外来患者と入院患者の特徴や推移及び財務分析を行う。

## 3. S病院について

### 3-1. S 病院の地域性

宍粟市は、兵庫県の中西部に位置しており総面積は 658.5 km<sup>2</sup> である。市域は東西約 32km 南北約 42km と広大で、兵庫県では 2 番目に広い地域面積である。市内の森林面積は 586.2 km<sup>2</sup> あり約 89% の面積を占めることから豊かな自然が魅力となる「しろう森林王国」と呼ばれ、森林セラピー基地にも認定されている。また、市の大部分が山林地帯であることから「宍粟 50 名山」が選定されている。市内には、山崎町、一宮町、波賀町、千種町の 4 つの地区がある。2023 年度の人口は 34,292 人、世帯数は 14,680 世帯となり、地区別の世帯数については、南部に位置する山崎町地区 9,382 世帯、北東部に位置する一宮町地区 2,868 世帯、北部に位置する波賀町地区 1,329 世帯、北西部

に位置する千種町地区 1, 101 世帯となっている。

人口統計の推移は、2019 年度 37, 086 人、2020 年度 36, 360 人、2021 年度 35, 667 人、2022 年度 34, 981 人、2023 年度 34, 292 人となり、2019 年度から 2023 年度にかけて 5 年間で 2, 794 人減少している（図 1）。

市内の医療機関は診療所が 25 か所、病院は S 病院のみである。S 病院は、へき地医療拠点病院として一宮町、波賀町、千種町のへき地診療所を支援しながら地域医療の維持に努めている。なお、冬場の北部地域は豪雪地帯に指定されている。

S 病院の地域性的特徴は、周辺半径 10km 以内に病院が存在していないことである。播磨姫路医療圏域は、中播磨医療圏域と西播磨医療圏域を合わせた圏域であるが、西播磨医療圏の北部には S 病院しか病院が存在していないことから、第 8 次兵庫県保健医療計画や地域医療構想に基づき西播磨医療圏域の一次・二次救急を担っている。また、2019 年に兵庫県から「特定中核病院」の指定を受け、地域に不足していた回復期機能の充実を図るために病床再編を行ってきた。地域包括ケアシステムの医療部門では、急性期機能から回復期機能、そして在宅医療までの役割を果たしている。

さらに、西播磨医療圏域において分娩の取扱い医療機関は S 病院を含めて 2 病院しかないため、小児・周産期医療も担っている（図 2）。

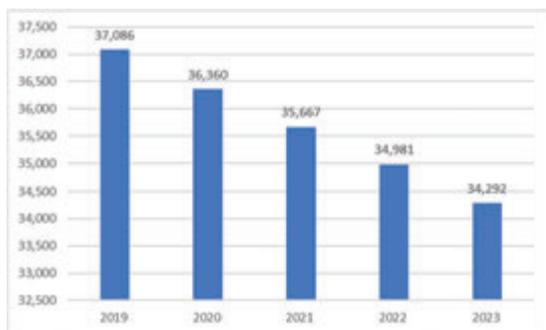


図 1：宍粟市人口統計（年度末）

（出所：宍粟市HP人口統計から筆者作成）

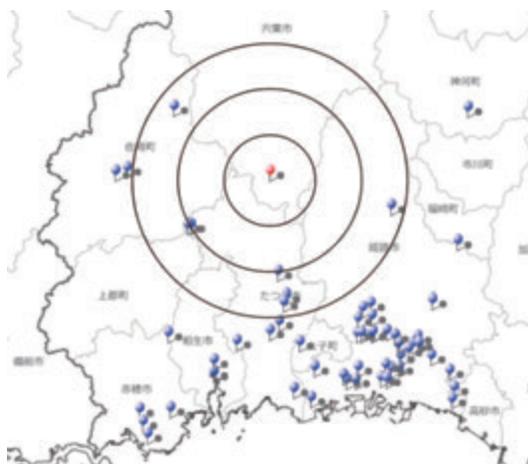


図 2：S 病院周辺の病院マップ

（出所：位置情報をJSTAT Mapにプロット）

周辺半径	病院数
5 km以内	0 軒
10km以内	0 軒
15km以内	7 軒

### 3-2. S病院の概要

S病院は、宍粟市の南部に位置し、播磨姫路医療圏における二次救急医療機関の病院である。前身は、1975年4月に組合立病院として開設した組合立宍粟郡民病院で、2005年4月の町合併に伴い新たに宍粟市の公立病院として再開設した。救急告示病院、へき地医療拠点病院、地域周産期協力病院、災害対応病院、特定中核病院等、基幹型臨床研修病院の指定を受け、急性期機能から回復期機能まで一貫した医療を行う基幹病院としての役割を担ってきた。

2024年4月1日時点における病床数は、許可病床数が199床、稼働病床数は178床である。病床機能別では、急性期一般入院料1が2病棟95床（うち、小児・周産期40床）、地域包括ケア病棟入院料1が2病棟104床（稼働病床83床）となっている。

診療科目は、内科、循環器内科、消化器内科、糖尿病内科、腎臓内科、脳神経内科、人工透析内科、外科、消化器外科、整形外科、精神科、小児科、皮膚科、泌尿器科、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、リハビリテーション科、放射線科、病理診断科、臨床検査科である。

職員体制は、357名で正規職員数は251名、その内訳は、医師30名、看護師129名、助産師10名、准看護師2名、臨床検査技師12名、診療放射線技師8名、薬剤師6名、理学療法士9名、作業療法士4名、言語聴覚士1名、臨床工学技士6名、管理栄養士3名、看護補助員3名、調理師7名、事務員21名である。会計年度任用職員は106名である。

救急外来は365日24時間体制で救急搬送の受入れを行っている。また、小児科は、平日の通常診療だけでなく、土日祝日の午前応急診療も行っている。

各階の主な内訳は次のとおりである。1階は総合受付、一般外来、救急外来、感染外来、内視鏡検査、放射線科の特殊治療。2階は一般外来、化学療法室、手術室、透析センター30床。3階南側は主に内科、外科、整形外科、泌尿器科の急性期病棟55床。3階北側は主に産婦人科、小児科の急性期病棟40床。4階は主に検査や短期入院の地域包括ケア病棟41床。5階は主にリハビリや退院支援の地域包括ケア病棟42床となっている。

S病院は1985年に建設されてから約40年が経過しており、施設や設備の老朽化及び狭隘化が進み、医療機能の高度化への対応や医療提供体制の維持、感染対策等の確保が困難な状況になっている。

### 3-3. 新病院建設計画

第8次兵庫県保健医療計画や地域医療構想及び地域包括ケアシステムにおいて、S病院は、急性期機能や回復期機能、在宅医療、医療と介護の連携機能を担う役割が求められている。地域の医療ニーズを踏まえながら、その役割を果たすためには、更なる回復期機能の充実が必要となることや、第9期宍粟市介護保険事業計画において、要介護認定者数が2025年2,606人から2040年2,623人と増加が推測されることから介護保険料の財源を担保していくために、介護予防事業における疾病予防を推進していく必要がある。

これらのことから、S病院では2028年3月開院予定として新病院建設計画が進んでいる。新病院では、地域の医療ニーズに適した最適な病床機能を確認するために、地域包括ケア病棟を拡充する計画となっている（表1）。

表1：新病院の病床機能（稼働病床数）

病床機能	既存病院	新病院
地域包括ケア病棟	42床	48床
地域包括ケア病棟	41床	48床
急性期病棟（周産期）	40床	28床
急性期病棟	55床	40床
合計	178床	164床

## 4. 外部環境分析

### 4-1. 播磨姫路医療圏と宍粟市の人口推移

2020年国勢調査において、播磨姫路医療圏域の人口は818,320人である。その内訳は、S病院が位置する宍粟市人口34,819人、姫路市人口530,495人、市川町人口11,231人、福崎町人口19,377人、神河町人口10,616人、相生市人口28,355人、赤穂市人口45,892人、たつの市人口74,316人、太子町人口33,477人、上郡町人口13,879人、佐用町人口15,863人の11市町で構成されている。

国立社会保障・人口問題研究所の2023年12月推計による播磨姫路医療圏域の将来人口推計は、2025年788,558人、2030年757,620人、2035年724,465人、2040年689,632人、2045年654,125人、2050年618,657人と減少が推測される（図3）。

10年後の2035年は、総人口▲8%（▲64,093人）、年少人口（0歳～14歳）▲19%（▲17,452人）、生産年齢人口（15歳～64歳）▲11%（▲49,414人）、高齢者人口（65歳以上）0.01%（2,773人）となり、総人口、年少人口、生産年齢人口が減少する中、高齢者人口は微増している。

15年後の2040年では、総人口▲13%（▲98,926人）、年少人口（0歳～14歳）▲23%（▲20,477人）、生産年齢人口（15歳～64歳）▲20%（▲90,620人）、高齢者人口（65歳以上）0.05%（12,171人）となり、2035年と同様の傾向である。

一方、国立社会保障・人口問題研究所の2023年12月推計による宍粟市の将来人口推計は、2025年31,628人、2030年28,763人、2035年25,999人、2040年23,317人、2045年20,720人、2050年18,235人と推測されている（図4）。

10年後の2035年では、総人口▲18%（▲5,629人）、年少人口（0歳～14歳）▲36%（▲1,125人）、生産年齢人口（15歳～64歳）▲22%（▲3,480人）、高齢者人口（65歳以上）▲8%（1,024人）となり、総人口、年少人口、生産年齢人口、高齢者人口の全ての減少が推測されている。

15年後の2040年では、総人口▲26%（▲8,311人）、年少人口（0歳～14歳）▲44%（▲1,382人）、生産年齢人口（15歳～64歳）▲35%（▲5,509人）、高齢者人口（65歳以上）▲11%（▲1,420人）となり、2035年と同様の傾向である。

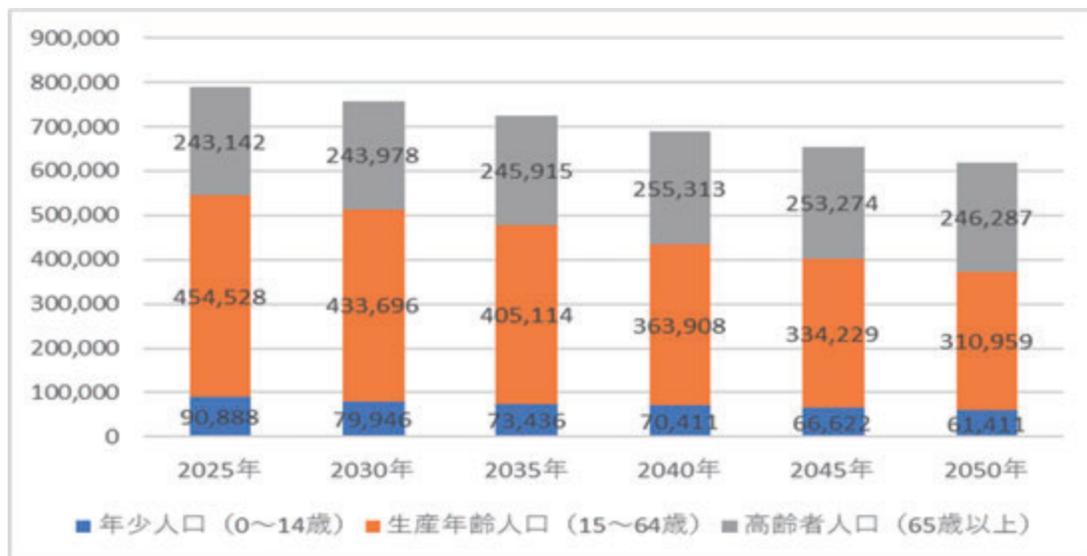


図3：播磨姫路医療圏域の将来人口推計（単位：人）

（出所：日本医師会地域医療情報システムから筆者作成）



図4：宍粟市の将来人口推計（単位：人）  
 （出所：日本医師会地域医療情報システムから筆者作成）

#### 4-2. 地域医療構想における病床数

地域医療構想は、中長期的な人口構造や地域の医療ニーズの質・量の変化を見据え、医療機関の機能分化・連携を進め、良質かつ適切な医療を効率的に提供できる体制の確保を目的とし、この達成のために医療機関の機能分化・連携は、地域での協議を踏まえながら、医療機関が自主的に取り組むことが重要とされている。

このため都道府県は、各構想区域に、関係者との連携を図りつつ、将来の必要病床数を達成するための方策その他の地域医療構想の達成を推進するために必要な協議を行う「地域医療構想調整会議」を設置し、医療機関相互の協議により、地域の実情を踏まえて機能分化・連携を進めていく仕組みを設けることとされた。

兵庫県の2022年の病床機能報告数と2025年将来必要病床数は、表2に示したとおりである。播磨姫路医療圏域は、高度急性期が256床不足、急性期が193床過剰、回復期が1,515床不足、慢性期が179床過剰となっている。

西播磨医療圏域でも、高度急性期が76床不足、急性期が361床過剰、回復期が382床不足、慢性期が97床過剰となり、播磨姫路利用圏域と同様の傾向とされている。

表 2 : 播磨姫路医療圏（西播磨医療圏域）の必要病床数

圏域	病床機能	2022年	2025年	差
		最大使用	必要	必要-最大使用
播磨姫路	高度急性期	547	803	△ 256
	急性期	2,860	2,667	193
	回復期	1,286	2,801	△ 1,515
	慢性期	1,399	1,220	179
	計	6,092	7,491	△ 1,399
西播磨	高度急性期	69	145	△ 76
	急性期	1,069	708	361
	回復期	518	900	△ 382
	慢性期	565	468	97
	計	2,221	2,221	0

(出所：兵庫県 2022 年度病床機能報告から筆者作成)

#### 4-3. 人口千人あたりの病床数

人口千人あたりの病床数を播磨姫路医療圏域の地域医療構想を基準値として、2022年度の兵庫県病床機能報告データから算出した（表3）。

播磨姫路医療圏域、西播磨医療圏域、宍粟市において、人口に対する機能別病床数を分析した結果、播磨姫路医療圏域では、急性期と慢性期の病床が目標を上回る一方で、高度急性期と回復期の病床が不足していた。西播磨医療圏域では、高度急性期が極めて少なく回復期の病床も不足していた。宍粟市でも同様に、急性期と回復期が不足していた。なお、宍粟市には高度急性期と慢性期はないため、医療連携や介護連携で補う必要がある。（図5）。

また、人口千人あたりの病床数において、播磨姫路医療圏域は9.3床、西播磨医療圏域は11.0床であるが、宍粟市は5.6床となっており、宍粟市内の病床数は圏域内の病床数と比較して少ない地域であった。

表3：人口千人あたりの病床機能区分別病床数（2022年度）

[地域医療構想] 播磨姫路医療圏域

単位：床

人口	項目	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	合計
788,558	病床数	803	2,667	2,801	1,220	7,491
	千人あたりの病床数	1.0	3.4	3.6	1.5	9.5

[2022年度] 播磨姫路医療圏域

単位：床

人口	項目	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	合計
788,558	病床数	644	3699	1427	1573	7343
	千人あたりの病床数	0.8	4.7	1.8	2.0	9.3

[2022年度] 西播磨医療圏域

単位：床

人口	項目	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	合計
229,871	病床数	69	1,168	623	675	2,535
	千人あたりの病床数	0.3	5.1	2.7	2.9	11.0

[2022年度] 宍粟市

単位：床

人口	項目	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	合計
31,628	病床数	0	95	84	0	179
	千人あたりの病床数	なし	3.0	2.6	なし	5.6

(出所：兵庫県 2022年度病床機能報告から筆者作成)

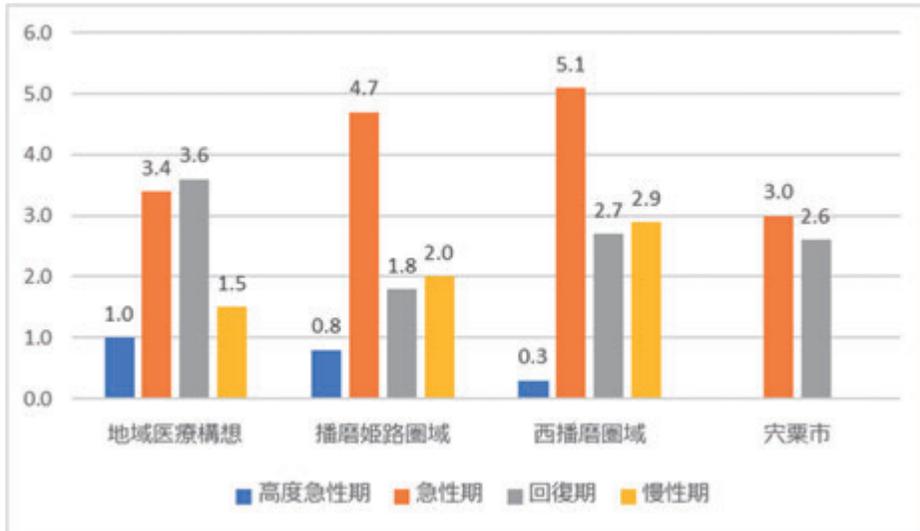


図5：人口千人あたりの病床機能区分別病床数比較表（単位：床）

(出所：兵庫県 2022年度病床機能報告から筆者作成)

#### 4-4. 将来推計患者数推移（外来・入院）

今後の播磨姫路医療圏域の将来推計患者数について、年齢区分別の将来推計患者数を国立社会保障・人口問題研究所が公表した年齢・男女別の人口推移に兵庫県の受療率を掛け合わせ、人口10万人に対する人数を外来・入院患者数で推計した。

播磨姫路医療圏域の外来・入院患者数の推計は、15歳以上64歳以下が2025年から2040年にかけて減少していたが、65歳以上については緩やかに増加していた（図6、図7）。

また、宍粟市の外来患者数の推計は、2025年から2040年にかけて全体的に減少傾向であったが、入院患者数の推計値としては、65歳以上が緩やかに増加し、高齢者ニーズは高くなっていった（図8、図9）。



図6：播磨姫路医療圏の将来推計（外来）

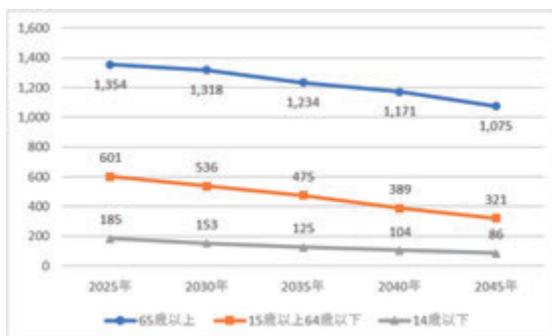


図8：宍粟市の将来推計（外来）

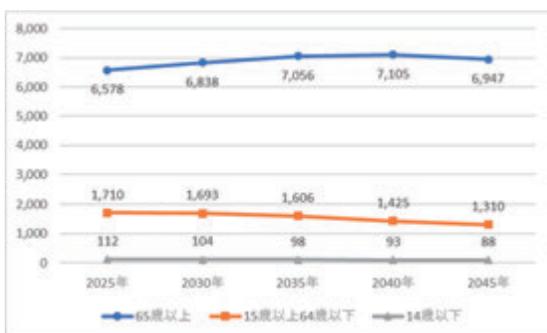


図7：播磨姫路医療圏の将来推計（入院）

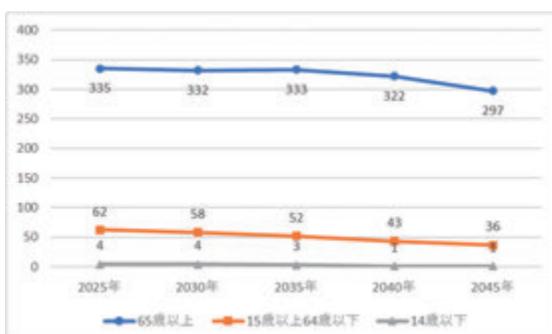


図9：宍粟市の将来推計（入院）

（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」 / 厚生労働省「人口10万対兵庫県受療率」から筆者作成）

#### 4-5. 播磨姫路医療圏域のMDC（主要診断群）別の推移

国立社会保障・人口問題研究所が公表した年齢・男女別の人口推計に厚生労働省の2017年度DPC導入の影響評価に係る退院患者調査を掛け合わせ、播磨姫路医療圏域のMDC別の将来変化率の推移を分析した。

この結果、播磨姫路医療圏域の2040年のMDC別の主な降順予測は、「05 循環器系疾患」「02 眼科系疾患」「04 呼吸器系疾患」「11 腎・尿路系疾患及び男性生殖器系疾患」「01 神経系疾患」「13 血液・造血器・免疫臓器の疾患」となった（図10）。

2040年の播磨姫路医療圏域では、内科系と眼科の医療ニーズが高まっていくと推測される。

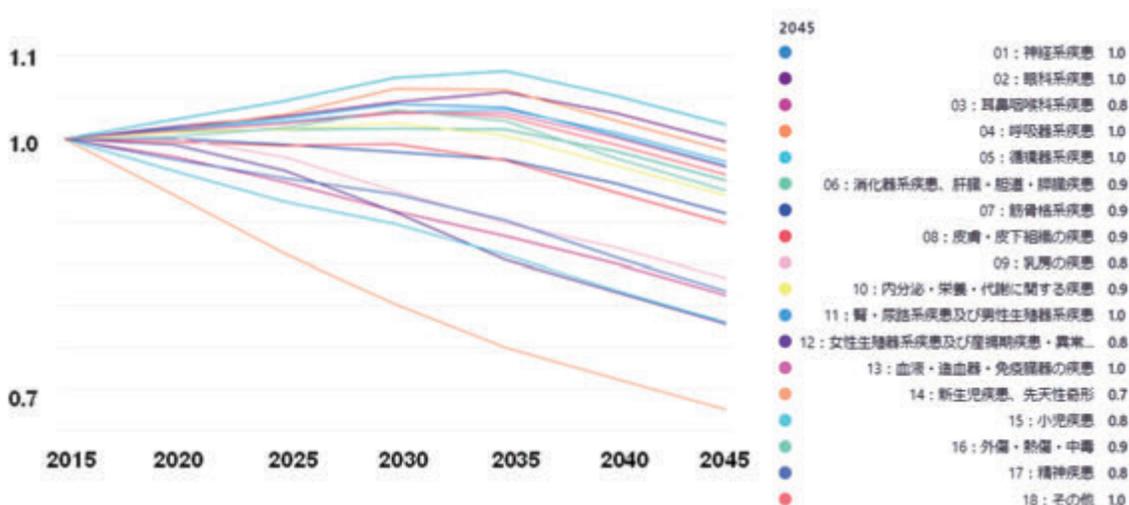


図10：(MDC) 主要診断群別の将来変化率（単位：％）

（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」/厚生労働省「平成29年度DPC導入の影響評価に係る退院患者調査」）

#### 4-6. MDC（主要診断群）別の入院患者推移

播磨姫路医療圏域の2024年のMDC別の主な入院患者推移は、「06 消化器系疾患、肝臓・胆道・膵臓疾患 15,563人」「04 呼吸器系疾患 8,880人」「05 循環器系疾患 8,240人」と示された（図11）。2025年の播磨姫路医療圏域では、内科系の医療ニーズが高くなっている。特に、内科系では、消化器系疾患、呼吸器系疾患、循環器系疾患の医療ニーズが高くなると推測される。

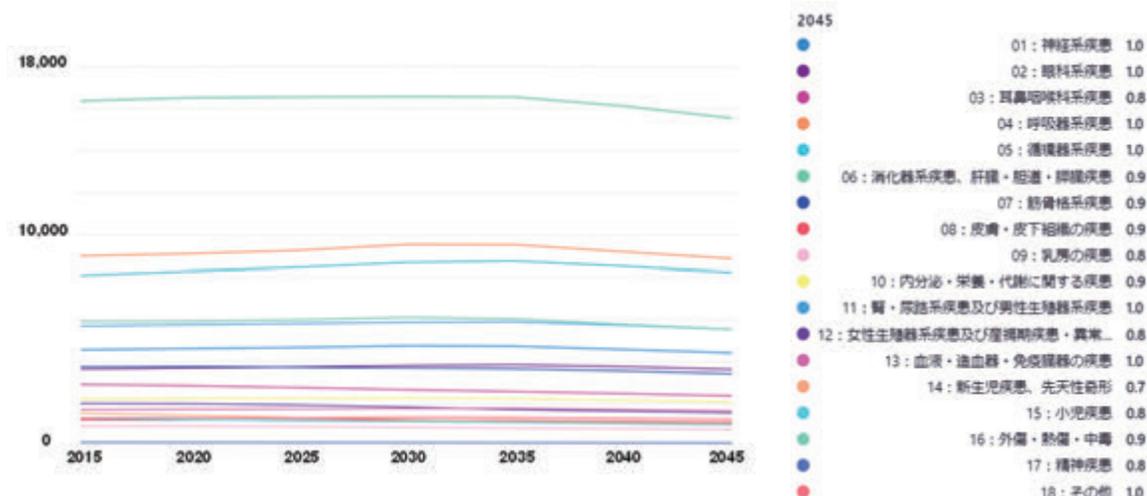


図11：(MDC) 主要診断群別の入院患者推移（単位：人）

（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」/厚生労働省「平成29年度DPC導入の影響評価に係る退院患者調査」）

#### 4-7. 医療機関別機能評価係数Ⅱによる播磨姫路医療圏域のDPC病院比較

機能評価係数Ⅱとは、DPC 参加による医療提供体制全体としての効率改善等へのインセンティブを評価したものであり、具体的には、以下の6つの指数で評価される。

- 1) 保険診療指数は、提出データの質や医療の透明化、保険診療の質的向上等を指す取り組みを評価
- 2) 効率性指数は、在院日数短縮の努力を評価
- 3) 複雑性指数は、一入院あたりの医療資源投入の観点から見た患者構成を評価
- 4) カバー率指数は、さまざまな疾患に対応できる総合的な体制を評価
- 5) 救急医療指数は、救急医療入院の対象となる患者治療に要する資源投入量の乖離を評価
- 6) 地域医療指数は、地域医療への貢献を評価

2023年4月時点でS病院が位置する播磨姫路医療圏にはDPC病院が12病院ある。DPCを活用した医療圏分析として、機能評価係数Ⅱによる分析を行った。

分析方法は、厚生労働省が公開している機能評価係数Ⅱの内訳（医療機関別）から病院別に2022年4月と2023年4月の推移比較を行った。なお、医療機関群ごとの全国平均<sup>4</sup>を偏差値50とし、比較項目は、保険診療、効率性、複雑性、カバー率、救急

<sup>4</sup> 全国平均は、厚生労働省の機能評価係数Ⅱの内訳（医療機関別）から2022年4月1日時点と2023年4月1日時点の年度別、医療機関群別から平均と標準偏差を算出

医療、地域医療の6項目によるレーダーチャート分析とした（表4）。

表4：播磨姫路医療圏域 DPC病院別の機能評価係数Ⅱ 偏差値比較表

2022年4月1日（偏差値50）機能評価係数Ⅱ 偏差値

病院名	医療機関群	病床数	所在地	偏差値					
				保険診療	効率性	複雑性	カバー率	救急医療	地域医療
S病院	Ⅲ類	199	宍粟市	52	74	56	53	64	46
A病院	Ⅲ類	140	神崎郡	52	34	60	45	56	42
B病院	Ⅲ類	356	赤穂市	52	46	45	50	54	52
C病院	Ⅲ類	405	姫路市	52	55	48	56	44	50
D病院	Ⅱ類	554	姫路市	51	66	52	53	37	49
E病院	Ⅲ類	406	姫路市	52	67	48	50	61	50
F病院	Ⅲ類	265	赤穂市	52	43	54	59	41	44
G病院	Ⅲ類	94	姫路市	52	56	66	40	47	42
H病院	Ⅲ類	440	姫路市	52	53	34	54	48	49
I病院	Ⅲ類	235	姫路市	52	46	52	44	42	42
J病院	Ⅲ類	100	姫路市	52	57	54	38	46	42

2023年4月1日（偏差値50）機能評価係数Ⅱ 偏差値

病院名	医療機関群	病床数	所在地	偏差値					
				保険診療	効率性	複雑性	カバー率	救急医療	地域医療
S病院	Ⅲ類	199	宍粟市	52	71	52	44	60	46
A病院	Ⅲ類	140	神崎郡	52	35	58	40	55	43
B病院	Ⅲ類	356	赤穂市	52	46	49	49	54	52
C病院	Ⅲ類	405	姫路市	52	55	47	57	45	50
D病院	Ⅱ類	554	姫路市	60	66	68	83	41	48
E病院	Ⅲ類	406	姫路市	52	62	52	53	70	52
F病院	Ⅲ類	265	赤穂市	52	44	37	45	39	43
G病院	Ⅲ類	94	姫路市	52	58	63	41	44	41
H病院	Ⅲ類	440	姫路市	52	56	34	55	48	49
I病院	Ⅲ類	235	姫路市	52	48	54	43	48	44
J病院	Ⅲ類	100	姫路市	52	66	71	38	47	41
K病院	Ⅲ類	720	姫路市	52	51	54	70	55	53

（出所：厚生労働省ホームページ機能評価係数Ⅱの内訳（医療機関別）から筆者作成）

S病院の2022年度と2023年度の機能評価係数Ⅱ偏差値の比較をレーダーチャートグラフで示した(図12)。在院日数短縮の努力を評価する効率性指数は、74から71に減少しているが、高い評価を維持していた。また、救急医療の対象となる患者治療に要する資源投入量の乖離を評価する救急医療指数も、64から60に減少しているが高い評価を維持していた。様々な疾患に対応できる総合的な体制については、カバー率指数が53から44に減少していた。保険診療指数は52、地域医療指数は46と変動がないものの、地域医療指数は全国平均を下回っていた。

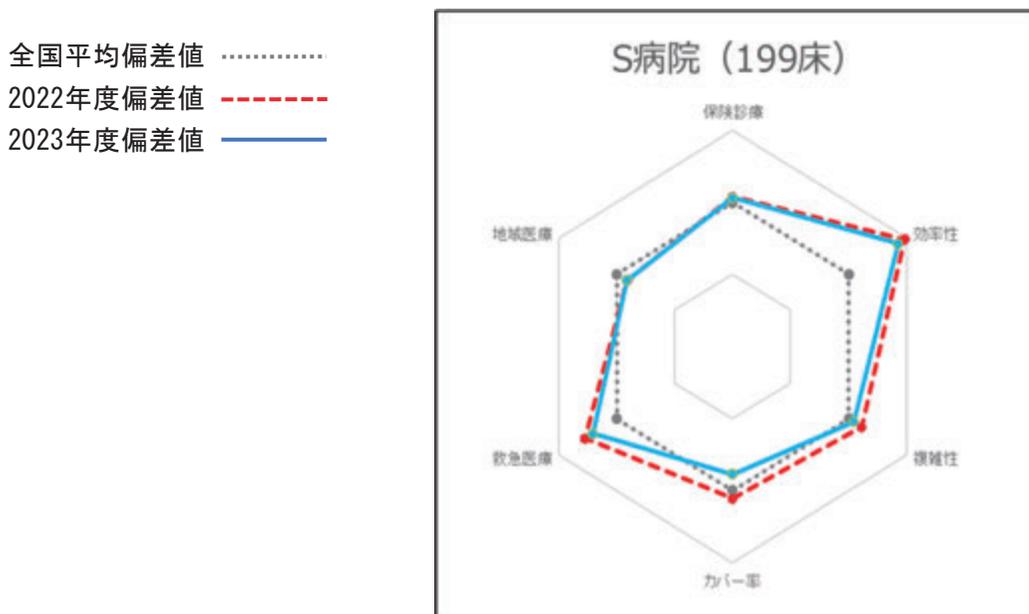


図12：DPC病院別の機能評価係数Ⅱ偏差値比較個別表（S病院）

(出所：厚生労働省ホームページ機能評価係数Ⅱの内訳（医療機関別）から筆者作成)

2023年4月において、播磨姫路医療圏域の三次救急を担う720床のK病院や、554床のD病院は、カバー率指数の偏差値が70以上あり、様々な疾患に対応していた。特に、D病院は、保険診療指数、効率性指数、複雑性指数においても偏差値が60以上と高かった。100床のJ病院は、複雑性指数が2022年度から2023年度にかけて54から71へ大幅に増加しており、副傷病にも着目して複雑な疾病の患者へ積極的に対応していた(図13)。

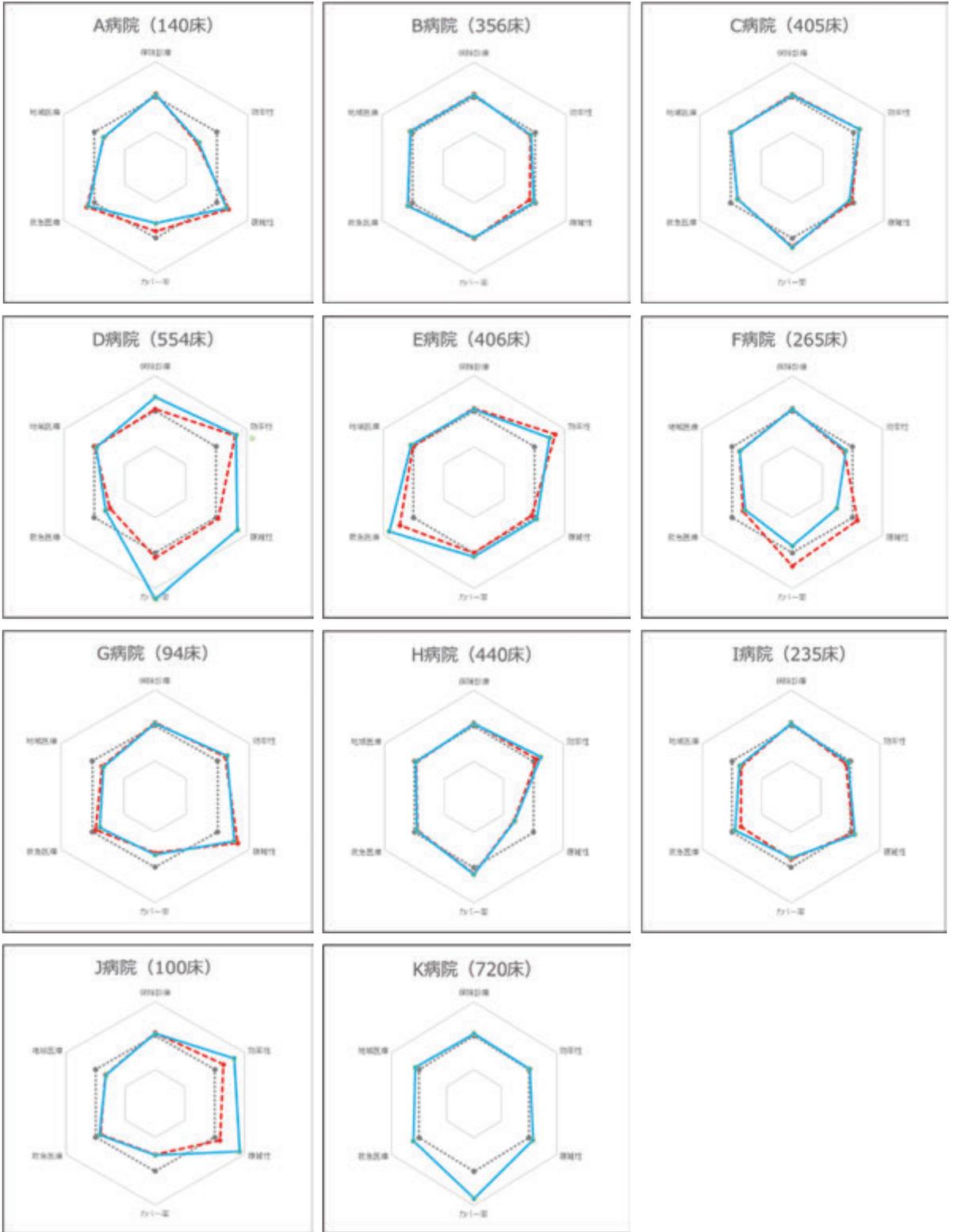


図 13 : DPC 病院別の機能評価係数Ⅱ偏差値比較個別表 (S 病院以外の病院)

#### 4-8. 播磨姫路医療圏域におけるDPC病院のポジショニング

嶋田（2013）の方法に従い、播磨姫路医療圏域におけるポジショニング分析を行った（図14）。病院情報局のウェブサイトから、2023年度の播磨姫路医療圏域のDPC病院データ患者構成指標、二次医療圏シェア、月平均退院患者数を用いて、総合力指標として二次医療圏シェアを横軸に、医療水準の指標として患者構成指標を縦軸にとり、各病院をプロットした。

二次医療圏シェアが高く、患者構成指標が高い領域に位置する病院を「ハイパー型急性期病院」、二次医療圏シェアが高く、患者構成指標が低い領域に位置する病院を「地域型急性期病院」、二次医療圏シェアが低く、患者構成指標が高い領域に位置する病院を「専門特化型急性期病院」、二次医療圏シェアと患者構成指標が共に低い病院を「プライマリ型急性期病院」とした。

播磨姫路医療圏域において、S病院はプライマリ型急性期病院に位置した。なお、ハイパー型急性期病院はK病院。専門特化型急性期病院は、A病院、B病院、G病院、I病院、J病院。プライマリ型急性期病院はS病院、E病院、F病院、H病院。地域No.1型急性期病院はC病院、D病院となった。

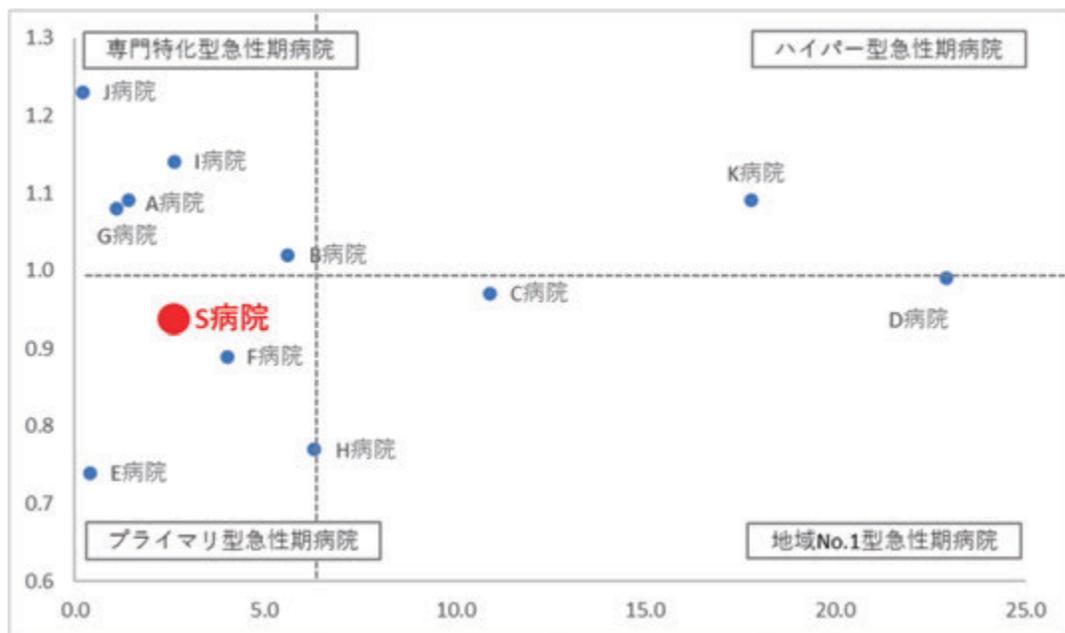


図14：播磨姫路医療圏域（患者構成指標×二次医療圏シェア）ポジショニング分類

（出典：病院情報局ホームページ<https://hospia.jp/>（2024年6月15日アクセス））

#### 4-9. 宍粟市の介護提供体制

第9期宍粟市介護保険事業計画によると、宍粟市の要介護・要支援認定者は、2025年（令和7年）で2,606人となっている。5年後の2030年（令和12年）は2,598人と若干減少するが2040年（令和22年）には2,623人と増加する見込みである。

また、日常生活能力において、歩行、洗身、つめ切り、薬の内服、金銭の管理、簡単な調理などに介護が必要となる要介護2以上の認定者数は、2025年が1,381人、2030年が1,362人、2040年が1,408人となり、増加が推計される（図15）。

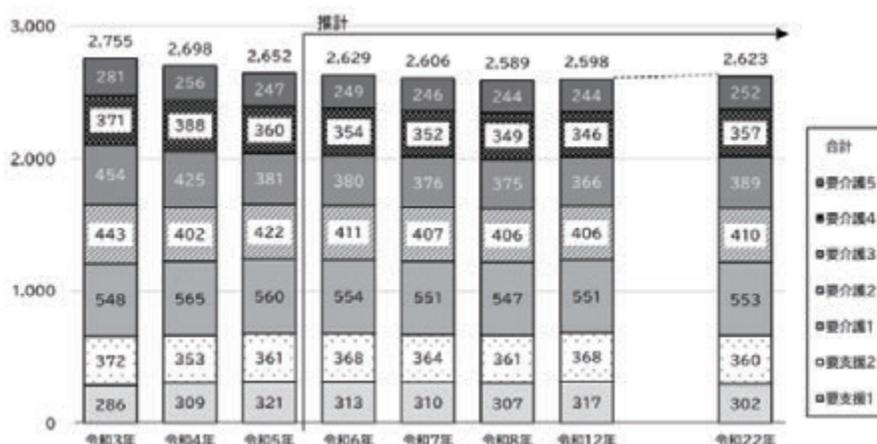


図15：宍粟市 要介護（要支援）認定者数の推計 単位：人

（引用：第9期宍粟市介護保険事業計画）

第9期宍粟市介護保険事業計画における要介護度別・訪問診療の利用割合では、要介護度の重度化に比例して、訪問診療の利用割合が増加していた（図16）。

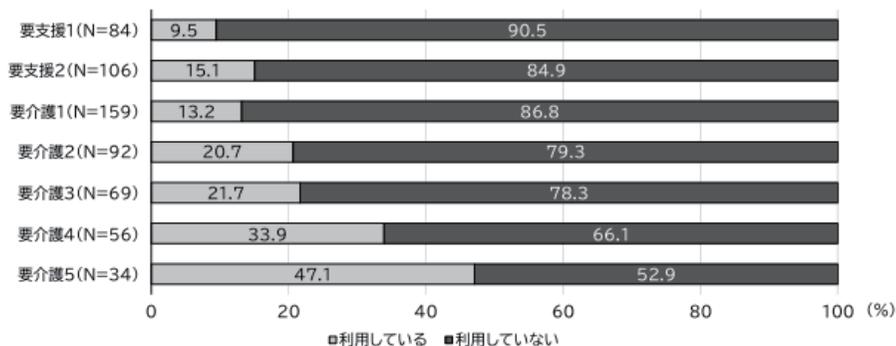


図16：宍粟市要介護度別・訪問診療の利用割合

（引用：第9期宍粟市介護保険事業計画）

2023年の65歳以上人口は、13,000人（令和5年4月1日時点）である（表5）。第9期宍粟市介護保険事業計画において、現在治療中又は後遺症のある方は1,955人であった（図17）。

表5：宍粟市の65歳以上の人口推移

区分	2023年	2025年	2030年	2035年	2040年
65～74歳人口	6,261	5,531	4,658	4,071	4,096
75歳以上人口	6,739	7,119	7,588	7,555	7,134
合計	13,000	12,650	12,246	11,626	11,230

（出所：日本医師会地域医療情報システムから筆者作成）

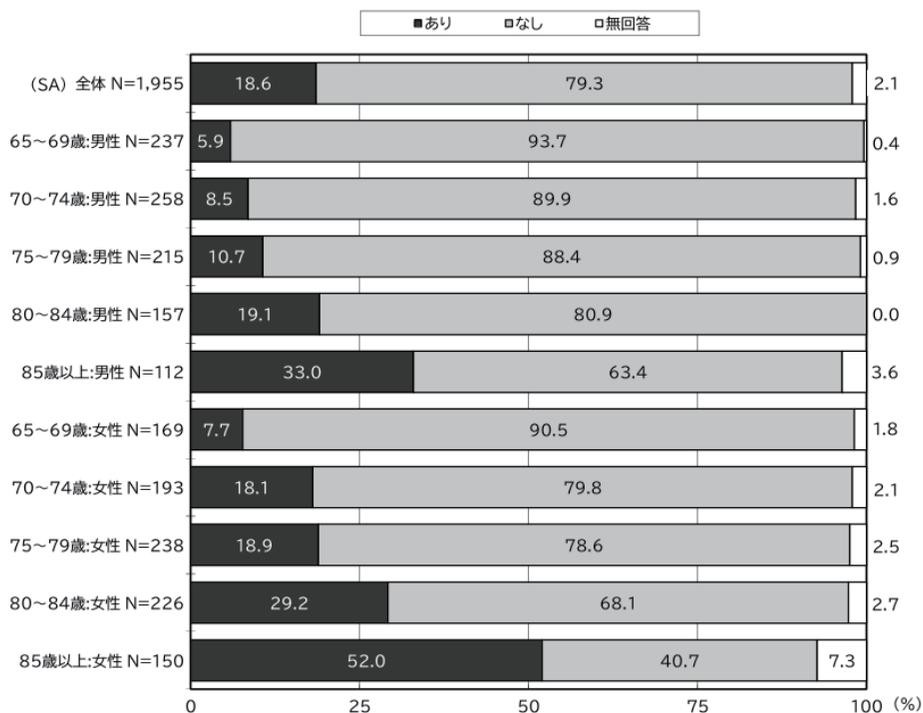


図17：65歳以上における運動器の機能低下の割合と人数

（引用：第9期宍粟市介護保険事業計画）

2023年度の実績見込みにおける訪問リハビリテーションと介護予防訪問リハビリテーションの利用者は12人、通所リハビリテーションと介護予防リハビリテーション人数の利用者は335人の合計347人となっており（表6）、65歳以上で運動器の機

能が低下していると推計される人数は 363 人となっていた（表 7）。

2023 年度から 2030 年度にかけて運動器の機能が低下しているとされる推計人数は、363 人から 354 人へと緩やかに減少している。

表 6：リハビリテーションサービス

訪問リハビリテーション・介護予防訪問リハビリテーション

		実績	実績見込み	見込み		
区分	単位	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度	2026年度
訪問リハビリテーション	回数（回/月）	152	118	118	118	118
	人数（人/月）	15	11	11	11	11
介護予防訪問リハビリテーション	回数（回/月）	8	8	8	8	8
	人数（人/月）	1	1	1	1	1

通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション

		実績	実績見込み	見込み		
区分	単位	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度	2026年度
通所リハビリテーション	回数（回/月）	1,582	1543	1543	1543	1543
	人数（人/月）	220	212	212	212	212
介護予防通所リハビリテーション	人数（人/月）	106	113	120	128	136

（引用：第 9 期栄栗市介護保険事業計画）

表 7：65 歳以上の運動器の機能低下の推計人数（単位：人）

区分	2023年度	2025年度	2030年度	2035年度	2040年度
65～74歳運動器機能低下	86	83	70	61	61
75歳以上運動器機能低下	277	267	285	283	268
合計	363	350	354	344	329

（出所：日本医師会地域医療情報システム/第 9 期栄栗市介護保険事業計画から筆者作成）

## 5. 内部環境分析

### 5-1. DPCによるMDC（主要診断群）別推移

厚生労働省のDPC導入の影響評価に係る調査「退院患者調査」の結果報告から、S病院におけるMDC（主要診断群）構成比推移の分析を行った。

2018年から2022年にかけてMDCの降順は「04 消化器系疾患、肝臓・胆道・膵臓疾患」、「12 女性生殖器系疾患及び産褥期疾患・異常妊娠分娩」「11 腎・尿路系疾患及び男性生殖器系疾患」「04 呼吸器系疾患」「14 新生児疾患、先天性奇形」「05 循環器系疾患」「16 外傷・熱傷・中毒」となり、内科系、周産期系、外科系の地域医療ニーズが高かった。特に、西播磨医療圏域の北部には周産期のある病院がS病院しか存在しないため周産期系のMDC値は高かった（図18）。

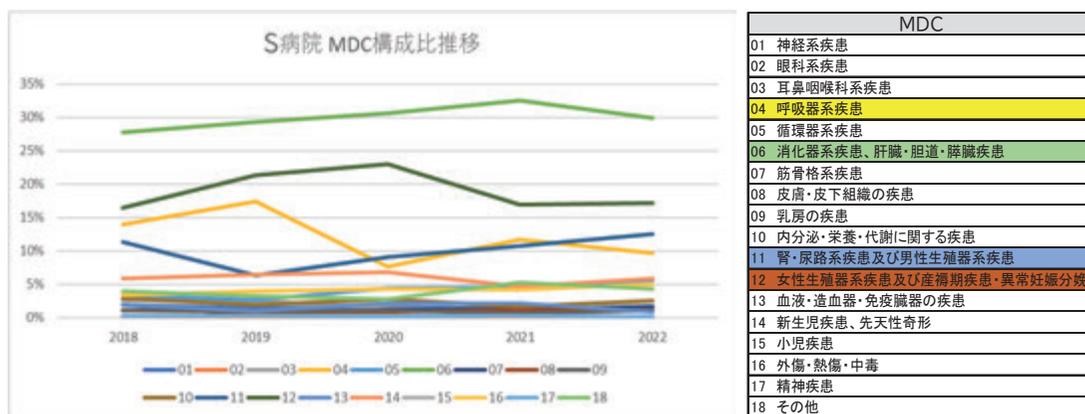


図18：公立宍粟総合病院 MDC構成比率推移

（出所：厚生労働省DPC導入の影響評価に係る調査「退院患者調査」の結果報告から筆者作成）

### 5-2. 外来受入患者の分析

#### 5-2-1. 外来患者の年齢別比較

外来患者数の年齢別比較では、表8から外来患者の50%以上が60歳以上となっていた。60歳以上の患者数は、2021年度が10,117人、2022年度が10,290人、2023年度が10,482人と年々増加していた。

表 8 : 外来患者の年齢構成推移 (単位 : 人)

年齢別	2021年度	2022年度	2023年度
10歳未満	1,912	1,882	2,139
10歳以上～20歳未満	676	763	829
20歳以上～30歳未満	987	1,054	938
30歳以上～40歳未満	1,631	1,656	1,499
40歳以上～50歳未満	1,878	1,900	1,826
50歳以上～60歳未満	1,962	2,002	2,043
60歳以上～70歳未満	2,762	2,796	2,708
70歳以上～80歳未満	4,040	4,165	4,257
80歳以上～90歳未満	2,693	2,695	2,782
90歳以上	622	634	735
合 計	19,163	19,547	19,756
60歳以上合計	10,117	10,290	10,482
60歳以上割合	52.8%	52.6%	53.1%

### 5-2-2. 外来患者数推移

外来患者数は、2020年度から2022年度にかけて88,180人から95,120人となり、6,940人増加していた。2023年度は89,184人に減少しているが、2020年度と比較して、患者数は1,004人増加していた (図19)。

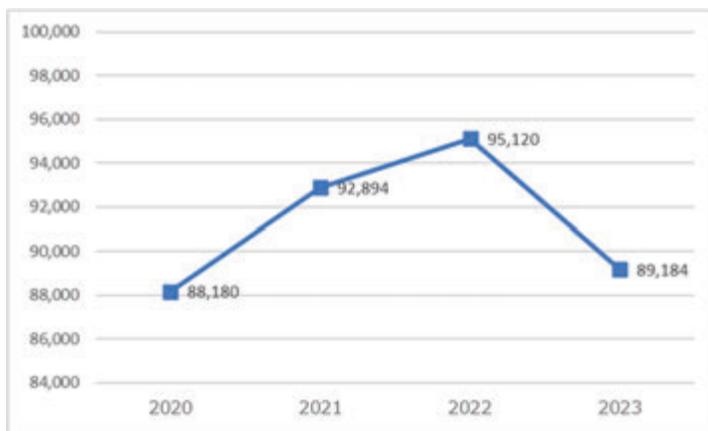


図19 : 外来患者数推移

### 5-2-3. 救急外来受入件数と応需率推移

外来救急患者の受入件数は、2020年度から2023年度にかけて996件から1,340件となり、344件増加していた。また、応需率も同様に2020年度86.1%から2023年度88.4%と増加しており、救急外来に対する積極的な診療体制が確保されていた(図20)。

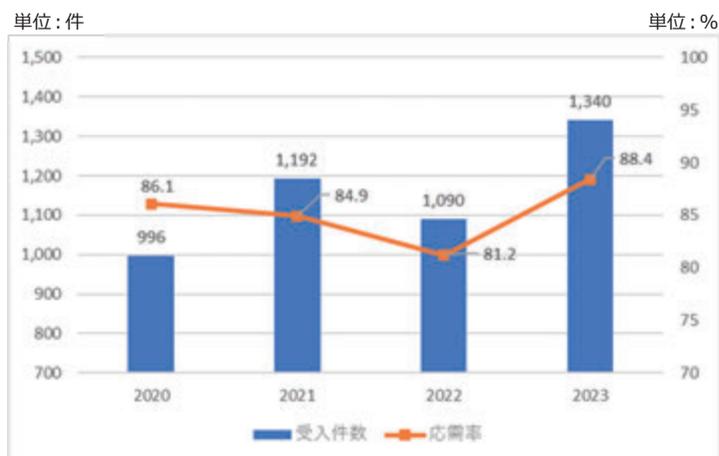


図20：救急外来受入件数

### 5-2-4. 外来患者の地域別分布（市内外別）

外来患者の市内と市外別人数割合は、2018年度から2022年度にかけて、常に81%以上が市内からの患者となっていた。2022年度は、市内からの外来患者が78,454人、市外からの外来患者が16,666人となっており(図21)、市内患者の割合は82.5%となっていた(表9)。

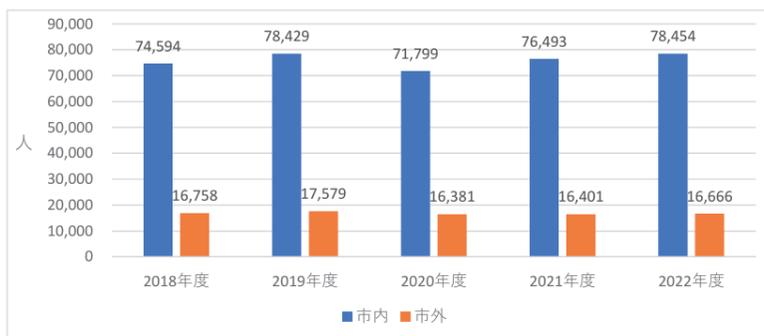


図21：市内外別外来患者数推移

(引用：公立中央総合病院経営強化プラン)

表9：外来患者の市内割合

区分	2018年	2019年	2020年	2021年	2022年
市内	74,594	78,429	71,799	76,493	78,454
市外	16,758	17,579	16,381	16,401	16,666
市内割合	81.7%	81.7%	81.4%	82.3%	82.5%

### 5-3. 入院受入患者の分析

#### 5-3-1. 入院患者の年齢別比較

入院患者数の年齢別比較では、表10から60歳以上の入院患者の割合は、2021年度が83.0%、2022年度が82.8%、2023年度が82.5%と8割以上を占めていた。また、2022年度から2023年度にかけて60歳以上の入院患者数は、4,100人増加していた。

表10：入院患者の年齢構成推移（単位：人）

年齢別	2021年度	2022年度	2023年度
10歳未満	1,016	995	1,496
10歳以上～20歳未満	177	134	198
20歳以上～30歳未満	1,273	1,237	1,047
30歳以上～40歳未満	2,031	2,012	2,108
40歳以上～50歳未満	676	969	994
50歳以上～60歳未満	1,329	1,065	1,582
60歳以上～70歳未満	2,913	2,715	3,413
70歳以上～80歳未満	9,171	8,398	8,461
80歳以上～90歳未満	12,958	12,634	14,450
90歳以上	6,625	7,181	8,704
合計	38,169	37,340	42,453
60歳以上合計	31,667	30,928	35,028
60歳以上割合	83.0%	82.8%	82.5%

#### 5-3-2. 入院患者数推移

入院患者数は、2020年度から2022年度にかけて46,181人から39,951人となり減少傾向であったが、2023年度は45,513人で増加していた。主な要因として、2020年11月か

ら、重点医療機関として4階病棟(41床)をコロナ専用病床で運用したため、2022年度まで患者数は減少を示していた。2023年5月から徐々に通常運用へ移行しており、患者数は増加していた(図22)。

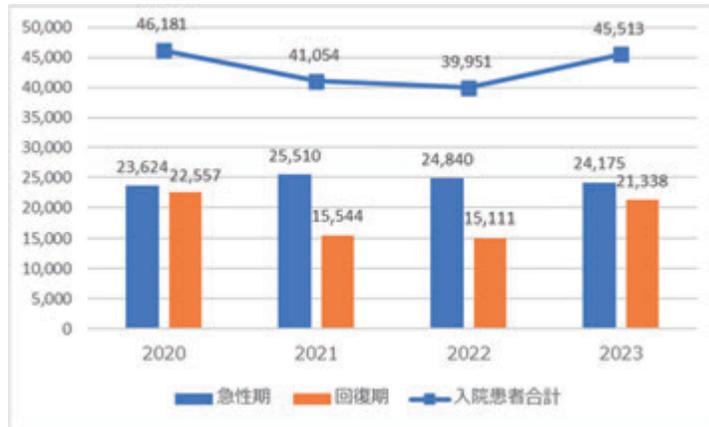


図22：入院患者数推移

### 5-3-3. 入院患者の地域別分布(市内外別)

入院患者の市内と市外別人数割合は、2018年度から2022年度にかけて、常に78%以上が市内からの患者となっていた。2022年度は、市内からの入院患者が31,539人、市外からの入院患者が8,412人となっており(図23)、市内患者の割合は78.9%となっていた(表11)。

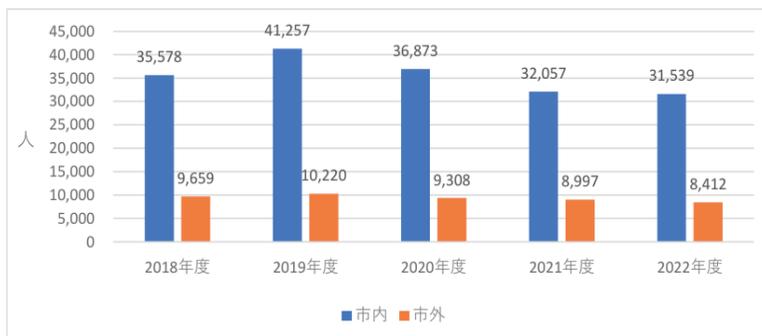


図23：市内外別入院患者数推移

(引用：公立中央総合病院経営強化プラン)

表 11：入院患者の市内割合

区分	2018年	2019年	2020年	2021年	2022年
市内	35,578	41,257	36,873	32,057	31,539
市外	9,659	10,220	9,308	8,997	8,412
市内割合	78.6%	80.1%	79.8%	78.1%	78.9%

#### 5-4. 多疾患併存患者

S 病院の DPC データから、主な疾病以外に複数の疾患がある患者を確認して、多疾患併存患者の割合を算出した。2021 年度から 2023 年度の入院患者実数における多疾患併存患者数の割合は、2021 年度が 73.4%、2022 年度が 78.3%、2023 年度が 83.5% と増加していた（表 12）。

表12：年度多疾患併存患者割合の推移

##### 2021年度 多疾患併存患者割合

病棟名	病棟	病床数	年間入院患者実数	多疾患併存患者数	多疾患併存患者割合	備考
3階南病棟	急性期病棟	55	1,058	847	80.1%	
3階北病棟	急性期病棟	40	1,127	762	67.6%	産婦人科・小児科
4階病棟	地域包括ケア病棟	41	47	43	91.5%	コロナ患者専用病棟で運用
5階病棟	地域包括ケア病棟	42	653	467	71.5%	
全体			2,885	2,119	73.4%	

##### 2022年度 多疾患併存患者割合

病棟名	病棟	病床数	年間入院患者実数	多疾患併存患者数	多疾患併存患者割合	備考
3階南病棟	急性期病棟	55	956	895	93.6%	
3階北病棟	急性期病棟	40	1,047	591	56.4%	産婦人科・小児科
4階病棟	地域包括ケア病棟	41	54	48	88.9%	コロナ患者専用病棟で運用
5階病棟	地域包括ケア病棟	42	554	511	92.2%	
全体			2,611	2,045	78.3%	

##### 2023年度 多疾患併存患者割合

病棟名	病棟	病床数	年間入院患者実数	多疾患併存患者数	多疾患併存患者割合	備考
3階南病棟	急性期病棟	55	912	876	96.1%	
3階北病棟	急性期病棟	40	1,106	700	63.3%	産婦人科・小児科
4階病棟	地域包括ケア病棟	41	444	416	93.7%	
5階病棟	地域包括ケア病棟	42	599	563	94.0%	
全体			3,061	2,555	83.5%	

2021 年度と 2022 年度は 4 階病棟の地域ケア包括病棟をコロナ患者専用病棟として入院制限を行ったことや、3 階北病棟は周産期の病棟であることから、この 2 つの病棟を除外して、3 階南病棟の急性期病棟と、5 階病棟の地域包括ケア病棟から推移を分析した。

急性期病棟と地域包括ケア病棟のいずれも多疾患併存患者の割合は増加しており、特に、地域包括ケア病棟の多疾患併存患者割合は、2021年度から2023年度にかけて、71.5%から94.0%へと大幅に増加していた（図24）。

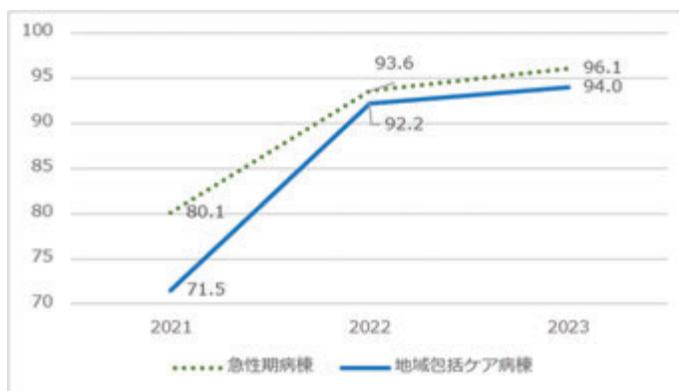


図24：多疾患併存患者割合（単位：%）

地域包括ケア病棟の患者数は、2022年467人、2023年511人、2024年563人と増加しており、多疾患併存患者は割合だけでなく患者数も年々増加していた（図25）。

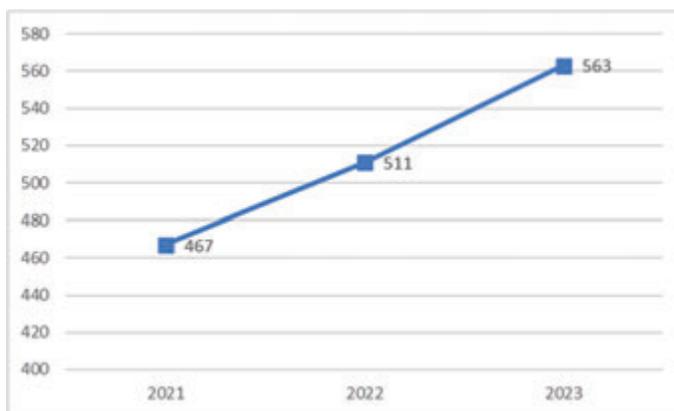


図25：地域包括ケア病棟における多疾患併存患者数推移（単位：人）

### 5-5. 人口推移と受入患者の比較

2021年度から2023年度にかけて、市内人口は36,315人から34,292人へと2,023人減少した。しかし、本研究から入院患者数は4,459人増加（図26）、救急外来件数は342件増加（図27）しており、人口減少に比例した患者数の減少は起きていなかった（表13）。

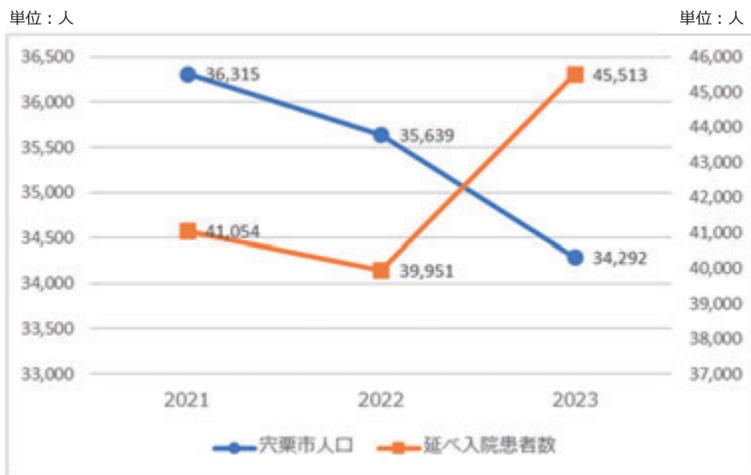


図 26 : 宍粟市人口と入院患者数推移

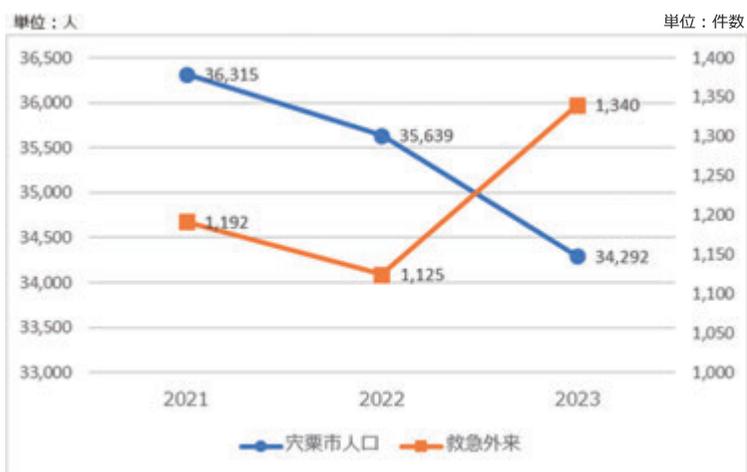


図 27 : 宍粟市人口と救急外来件数推移

表 13 : 宍粟市人口とS病院の患者数等比較表

年度	宍粟市人口	救急外来件数	外来患者数	外来60歳以上割合	入院患者数	入院60歳以上割合	多疾患併存患者割合
2021	36,315	1,192	92,894	52.8%	41,054	83.0%	73.4%
2022	35,639	1,125	95,120	52.6%	39,951	82.8%	78.3%
2023	34,292	1,340	89,184	53.1%	45,513	82.5%	83.5%

表 13 から、S 病院では高齢患者が多く、さらに複数の疾患を併せ持つ多疾患併存患者であることが分かった。

## 6. 財務分析

### 6-1. 貸借対照表

固定資産は、2020年度から2023年度にかけての推移を見ると、2020年度3,419,288千円から2021年度3,278,360千円となり、一時的な減少が見られるが、その後、増加で推移していた。流動資産は、2020年度から2023年度にかけて大幅に増加しており、特に、2020年度の845,648千円から2023年度の2,864,840千円へと増加が顕著であった。負債合計は、2020年度から2023年度にかけて大きな変動がなかった。純資産は、2020年度から2023年度にかけて1,325,045千円から3,339,479千円へと大幅に増加していた（表14）。

表14：S病院 貸借対照表の年次推移（単位：千円）

項目	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
固定資産	3,419,288	3,278,360	3,363,426	3,495,369
流動資産	845,468	2,030,967	3,005,671	2,864,840
資産合計	4,264,756	5,309,327	6,369,097	6,360,209
固定負債	1,870,432	1,601,483	1,532,712	1,506,030
流動負債	778,383	757,731	1,011,421	934,604
繰り延べ損益	290,896	375,289	477,328	580,097
負債合計	2,939,711	2,734,503	3,021,461	3,020,731
純資産	1,325,045	2,574,824	3,347,636	3,339,479
負債・純資産合計	4,264,756	5,309,327	6,369,097	6,360,210

### 6-2. 損益計算書

経常収入は、2021年度まで増加傾向にあったが、2022年度には5,251,778千円から4,939,083千円へと若干の減少が見られた。医業収入は、全体的に安定しており、入院収益と外来収益が主要な構成要素となっていた。経常費用は、ほぼ横ばいで推移しており、特に、職員給与費が大きな割合を占めていた。

経常収支は、2020年度以降、黒字転換しており、2021年度には大幅な黒字1,243,857千円となった（表15）。

表15：S病院 損益計算書の年次推移（単位：千円）

	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
経常収入	4,501,504	5,251,778	4,939,083	4,113,658
1 医業収入	3,529,774	3,502,376	3,431,304	3,584,802
（1）入院収益	2,150,265	2,011,350	1,943,166	2,159,187
（2）外来収益	1,172,214	1,285,554	1,276,761	1,228,434
（3）その他医業収益	207,295	205,472	211,376	197,181
2 医業外収益	971,730	1,749,402	1,507,780	528,856
（国・都道府県補助金）	543,156	1,367,052	1,155,087	160,554
（他会計補助・負担金）	277,986	209,592	177,186	192,541
（その他医業外収益）	117,282	135,562	175,507	175,761
経常費用	4,009,848	4,007,921	4,074,471	4,128,304
1 医業費用	3,854,247	3,852,635	3,917,927	3,972,967
（1）職員給与費	2,197,428	2,152,806	2,257,752	2,296,010
（2）材料費	627,487	660,047	650,197	668,122
（3）減価償却費	199,072	230,608	226,301	218,301
（4）経費	816,336	800,420	772,817	779,514
（5）研究研修費	5,401	6,750	9,046	9,755
（6）資産減耗費	8,523	2,004	1,814	1,265
2 医業外費用	155,602	155,286	156,544	155,337
医業収支	-324,472	-350,259	-486,623	-388,165
経常収支	491,656	1,243,857	864,612	-14,646
特別損失	76,228	-	98,000	-
利益剰余金	480,132	1,723,989	2,490,601	2,475,955

### 6-3. 収益性指標

経常収支比率は、2020年度から2023年度にかけて概ね黒字傾向であった。2021年度と2022年度については、新型コロナウイルス感染症対応休業支援金・給付金等により大幅な黒字となっていた（表16）。医業収支比率は、2020年度から2023年度にかけて概ね90%前後で推移していた。人件費比率は、2020年度から2022年度にかけて微増しているが、2023年度は減少により改善していた。また、ベンチマークとして2022年の全国平均<sup>5</sup>の指標を示したが、S病院の指標は全て全国平均以上となっていた。

<sup>5</sup> 全国平均は、厚生労働省が病院の機能や規模、地域性に密着した経営状況の実態を係数的に把握し、病院の健全な運営に資するための一つの指標としている病院経営管理指標の2022年ケアミックス病院・自治体の病床数100～199床の指標から抜粋

表 16：収益性指標

項目	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2022年度 (全国平均)
経常収支比率	112.3	131.0	121.2	99.6	103.3
医業収支比率	91.6	90.9	87.6	90.2	81.5
人件費比率	64.7	64.8	65.8	64.0	71.6
材料費比率	17.8	18.8	18.9	18.6	14.2
経費比率	19.9	19.6	22.5	18.6	8.5

#### 6-4. 安定性指標

自己資本比率は、2020年度31.1%から2023年度52.5%へと大幅に増加していた（表17）。流動比率も、2020年度108.6%から2023年度306.5%へと大幅に増加していた。

表17：安定性指標

項目	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2022年度 (全国平均)
自己資本比率	31.1	48.5	52.6	52.5	22.6
流動比率	108.6	268.0	297.2	306.5	198.0

#### 6-5. 機能性指標

病床利用率は、2021年度から2023年度にかけて56.5%から69.5%となり増加していた（表18）。紹介率及び逆紹介率は、いずれも減少傾向であった。入院診療単価は、2021年度から2023年度において大きな変動はなかった。平均在院日数は、概ね13日から14日の間で推移していた。

表18：機能性指標

項目	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2022年度 (全国平均)
病床稼働率	63.6	56.5	61.1	69.5	74.1
紹介率	54.4	55.4	53.2	48.7	37.7
逆紹介率	55.6	51.8	53.0	47.1	9.4
入院診療単価	46,562	48,993	48,639	47,106	32811.0
外来診療単価	13,293	13,839	13,423	14,103	10796.0
平均在院日数	14.2	13.3	14.8	13.9	42.8

S 病院の財政状況は、固定資産と流動資産の安定した増加と負債の減少、純資産の増加から、経常収支の黒字転換や自己資本比率の大幅な増加により、安定した病院経営が行われていた。

## 7. 結果のまとめ

### 7-1. S病院が位置している圏域及び現状の機能と役割

- 1) S病院は地方公立病院であり、周辺半径 10km に他の病院が存在しないため、地域医療の中核的な役割を果たしていた。
- 2) 2019 年に兵庫県から特定中核病院の指定を受けて、地域包括ケアシステムの医療部門では、急性期機能から回復期機能、そして在宅医療までの役割を果たしていた。
- 3) 1975 年に組合立病院として開設し、2005 年に公立病院として再開した。救急告示病院、へき地医療拠点病院、地域周産期協力病院、災害対応病院、基幹型臨床研修病院などの多様な機能と役割を担っていた。

### 7-2. 医療ニーズと病床機能

S 病院では内科系、周産期系、外科系の医療ニーズが高かった。特に、内科系と周産期系の需要が顕著であった。病床機能においては、救急外来に対応できる急性期機能と、地域医療構想において不足している回復期機能を代替した地域包括ケア病棟を備えていた。

### 7-3. 要介護・要支援認定者と在宅療養

宍粟市の要介護・要支援認定者数は増加しており、高い要介護度ほど訪問診療の利用割合が増加していた。

### 7-4. 外来患者と入院患者の特徴

- 1) 外来患者と入院患者ともに 50%以上が 60 歳以上で、年々患者は高齢化していた。また、患者の約 8 割が宍粟市民であった。
- 2) 多疾患併存患者の割合は、2021 年度から 2023 年度にかけて年々増加しており、患者の約 8 割を占めていた。

### 7-5. 財務状況

財政状況は、経常収支の黒字転換や自己資本比率の大幅な増加により安定していた。

## 8. 考察

### 8-1. S病院の今後の課題

本研究の結果から、S病院は、7対1の急性期病棟95床と13対1の地域包括ケア病棟83床であるが、地域包括ケア病棟の入院患者は増加しており、市内の人口減少に比例してS病院の患者数は減少していないことが示された。また、多疾患併存患者の増加に伴い、現病院から新病院へ継続される総合診療科目及び内科系の専門診療科目の拡充は、地域医療に求められているものであった。

さらに、宍粟市では、安心して子どもを産み育てられるまちにするため、人口減少などに伴い出生数は減少傾向にあるものの、西播磨医療圏域において分娩の取扱い医療機関はS病院を含めて2病院しかないことから、「小児・周産期医療体制」の維持も必要とされていた。

白木（2016）は、2025年に向けて病床の機能分担を明確にし、地域包括ケアシステムを完成していくために、高度急性期病院など一部の急性期病院で広域に集患できる病院以外は「高コスト・高収益」を迫る7対1病床に頼る経営から「低コスト」でも経営を持続できるような収益性を保てる経営へ戦略の転換が求められるという。

S病院は、救急応需率が8割以上、また、西播磨医療圏域の北部で唯一の周産期を兼ね備えているため一定の急性期機能は必要であるが、今後の課題として、安定的な病院運営を行うために最適な病床機能を再編する必要がある。

2028年3月開院予定の新病院では、急性期病棟を95床から68床へダウンサイジングし、より地域の医療ニーズが高い地域包括ケア病棟を83床から96床に増床する病床再編が行われる予定である。

病院を新たに建設して病床再編を行う場合、加納（2022）は、周辺環境を分析し自施設のポジションを明確にすることだけでなく、受入患者の動向を的確に捉えることで、疾患に依らずに医療需要へ応えられる編成ができると述べている。

DPCから算出したS病院のMDC（主要診断群）別推移では、消化器系疾患、肝臓・胆道・膵臓疾患が多いが、今後、多疾患併存患者の増加や患者の高齢化に適した糖尿病や慢性腎臓病の教育入院及びレスパイト入院など、より受入患者や地域の医療ニーズに対応するための回復期機能を有する病床を増床していくことが必要となる。

また、第9期宍粟市介護保険事業計画において、2040年の要介護2以上の認定者数が現在よりも27人も増加していることから、今後、訪問診療や訪問看護など在宅療養者の医療ニーズにも対応した医療サービスの持続が必要である。65歳以上で運動器の

機能低下となる割合は、地域が供給する機能以上に需要が高いことから、訪問リハビリを支援していく体制も求められる。

さらに、S 病院が所在する播磨姫路医療圏域は、兵庫県の地域医療構想に基づき病床の機能分化を調整しているが、播磨姫路医療圏域の北西部には公立病院が S 病院しか存在しておらず、不採算医療を担う役割は大きい。

本研究で示した通り、播磨姫路医療圏域の地域医療構想を基準とした場合、S 病院の所在する宍粟市は、回復期機能が不足しており、新病院の病床再編では、救急外来や周産期機能に対する急性期病棟の 68 床は確保したうえで、回復期機能も担うことができる地域包括ケア病棟を 13 床増床していくことは有効と考える。

## 8-2. 総合診療医の育成

S 病院では、患者の高齢化により多疾患併存患者の割合は 8 割以上となり、年々増加していることが示されている。高橋（2019）は、多疾患併存患者に対するプライマリ・ケア（総合診療）は、患者の治療負担や QOL 向上から重要と示している。

また、辰巳（2023）は、プライマリ・ケアから終末期医療まで包括的な医療を提供できるケアミックス病院という形態が「地域を支える」という意味では最もふさわしく、今後は、プライマリ・ケア教育の標準化が必要であり、プライマリ・ケア習得を希望する医師を集めた「学習の場」を院内に設けることが救急外来を維持していくためのカギになると述べている。

厚生労働省でも、専門医の在り方に関する検討会報告書（平成 25 年 4 月 22 日）より、今後の急速な高齢化に伴い、複数疾患を有する高齢者等にとっては、複数の専門医従来の領域別による診療よりも総合的な診療能力を有する医師による診療の方が適切な場合もあること等から、総合的な診療能力を有する医師の専門性を評価している。

日常的に幅広い領域の疾病と傷害等について、適切な初期対応と必要に応じた継続医療を提供していく総合診療医の人材育成は、多疾患併存患者の医療ニーズの増加に対応していくために必要である。

さらに、将来を見据えて若手医師の確保を図るためには、基幹型臨床研修指定病院の機能の維持が重要である。これは、病院のグレードアップとなり、医師の医療体制の活性化につながる。2024 年 3 月に、臨床研修病院の指定の基準の取扱いについて（令和 6 年 3 月 29 日付医政医発 0329 第 3 号）が厚生労働省から示され、研修を行うのに十分な症例や相応しい環境の整備が求められている。

具体的な指定基準として、年間の入院患者実数が 3,000 人以上であり、かつ、病床

数及び患者実数が診療各科に適当に配分されていることと示されている。2023年度のS病院の入院患者実数は、3,061人であることから、新病院において入院患者実数を3,000人以上確保していくことは、臨床研修病院を維持していくために重要な課題である。

計画されている新病院では、178床から164床へ病床再編及びダウンサイジングされるが、これは地域の医療ニーズへ対応するため、回復期機能に重きを置いた164床であり、年間の入院患者実数を3,000人以上確保するために戦略的に設定された必要不可欠な病床数であると考えられる。

すでに、S病院では基幹型臨床研修指定病院として、初期臨床研修医が医療現場で活躍するための基盤を築くために、はりま姫路総合医療センターの総合診療専門研修プログラムにおける総合診療専門医の育成を担っている。特に、S病院では、多疾患併存患者が増加している状況から、将来的な医療ニーズに対応できる総合専門医の育成が求められる。

今後、宍粟市における将来的な医療ニーズに備えるためにも、S病院では臨床研修病院として、総合診療医の育成が必須になると考えられる。

### 8-3. 今後の経営戦略

本研究では、S病院について、現在の安定性を保ちつつ、今後、機能性を向上させるための戦略を立案する必要性を示している。南島（2012）は、公立病院の経営形態のバリエーションについて「市場か、行政か」の視点から検討している。

公立病院改革ガイドラインで示されている公立病院が山間へき地・離島など民間医療機関の立地が困難な地域での一般医療の提供、救急、小児・周産期・災害、精神などの不採算・特殊部門に係る医療の提供を期待していることは、市場メカニズムによるサービス提供が困難な「市場の失敗」であるとする一方、この点にこそ、公立病院の存在意義があると述べている。

齋藤（2020）は、公立病院の存在意義について問題となるのは、病院運営の効率性であるとして、市場に委ねることの出来ない地域医療提供体制を前提としたうえで効率性を向上させることが必要と述べている。

公立病院の経営改革において、丸山（2020）は、地域全体最適の視点で価値向上に不可欠なインタンジブルズの強化に向けた戦略マップの活用可能性を提示している。公立病院改革等では、設定された努力目標を含む予定値をどのように公的病院の経営に活かしていくかという課題があり、公的病院の経営課題を解決するためには、Kaplan

and Norton (2004) によって提唱された「戦略マップ」が有効活用できる可能性がある」と述べている。

また、その病院ミッションとビジョンに基づいた戦略行動を、組織のすみずみまで浸透させるための手段として、KaplanとNortonにより開発された業績評価ツールのBSC（バランス・スコアカード）における4つの視点と戦略テーマを組み合わせることは、継続的な成長と発展のために複数の評価指標を矛盾なく整合できることから、有効活用できる可能性を示している。

すでにS病院では、持続可能な地域医療提供体制を確保するためには、医療確保等を進めつつ、限られた人材や医療機器等の医療資源を効率的に活用して、経営を強化していくことが必要となることから、2024年4月に「経営強化プラン」を策定し、地域医療提供体制の維持・確保や、より地域から選ばれる病院となるための取り組みや目標を定めている。

また、経営強化プランにおける将来ビジョン「医師・看護師等の不足、人口減少や少子高齢化の急速な進展に伴う医療需要の変化などS病院を取り巻く厳しい経営環境の下での持続可能な地域医療提供体制の確保」を実現するための経営戦略として、「戦略テーマ」を定めた「アクションプラン」を策定している。

この「アクションプラン」では、BSCにおける学習と成長の視点、業務プロセスの視点、患者の視点、財務の視点の4項目の構成として、組織的な取り組みを行っている。具体的には、毎月の進捗管理として短期的評価指数に対する実績値と取組状況を評価・点検して改善策を検討している。

S病院が、「戦略テーマ」で定めた「アクションプラン」を着実に取り組んでいくことは、継続的な成長と発展のために複数の経営評価指標を向上させており、S病院の機能性をさらに向上させ、新規患者を獲得していくための経営戦略として有効と考える。

## 9. おわりに

本研究では、人口減少に比例して患者数は減少しないこと、また、受入患者の状態等を分析することで、S病院における最適な病床機能を検討し、S病院の今後の課題を整理した。

S病院は、建設から約40年が経過しており、病院職員達の懸命な取り組みによりソフト面での医療の質は向上しているが、ハード面における著しい施設・設備機能の低下が生じている。今後、S病院が、持続可能な医療提供体制を確保するためには、病院の

建替えに加えて、円滑な世代交代が必須となり、特に、若手医師の確保は喫緊の課題となる。

若手医師を確保するためには、臨床研修病院の指定基準を満たすうえで戦略的に算出された新病院の164床（稼働病床数）が、最低限必要な病床数であると考えられた。

また、新病院で計画している164床（稼働病床）は、第8次兵庫県保健計画や播磨姫路医療圏域（西播磨医療圏域）地域医療構想、地域包括ケアシステム、第9期宍粟市介護保険事業計画に基づいており、「特定中核病院」や「へき地医療拠点病院」としての機能、小児・周産期医療体制に対応した診療体制、病院経営の安定性、を踏まえた病床数である。

これまで、S病院では、市民説明会や市の広報誌及び動画などの各種広報媒体を通して、本研究に示した機能と役割を新病院が担うこと、また、具体的な病床編成や病床数についても公表し、市民の理解を深めるために尽力してきた。

今後は、安心して子どもを産み育てられ、いつまでも元気に過ごせるまちとして、地域全体の健康と福祉を向上させるために、市民、宍粟市及び公立宍粟総合病院が一体となり、新病院の機能をより現実化していく努力が重要になると考える。

## 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筒井孝子教授、木下隆志教授、貝瀬徹教授、井出健二郎教授、地方独立行政法人たつの市民病院機構嶋田康之前理事長、また、資料を提供して頂いた公立宍粟総合病院の皆様に関心から感謝を申し上げます。

## 参考文献（引用文献を含む）

- [1] Kaplan, R. S. and Norton, D. P. (2004), *STRATEGY MAPS: Converting Intangible Assets into Tangible Outcomes*, Harvard Business School Publishing Corporation (櫻井通晴・伊藤和憲・長谷川恵一監訳 (2014) 『戦略マップーバランスト・スコアカードによる戦略策定・実行フレームワーク』 東洋経済新報社)
- [2] 加納和哉 (2022) 「新病棟建設における適正な病床再編の検討」『商大ビジネスレビュー』第12巻1号、p82-103.
- [3] 国土交通省 (2008) 「人口減少・高齢化の進んだ集落等を対象とした「日常生活に関するアンケート調査」の集計結果（中間報告）」

- [ 4 ] 齋藤充 (2021) 「人口減少と医療のあり方の模索」 月刊地域医学Vol. 35 No. 11
- [ 5 ] 齋藤実 (2020) 「地方独立行政法人化による公立病院の経営再建の有用性と問題点」『商大ビジネスレビュー』10巻2号、p133-171.
- [ 6 ] 嶋田康之 (2013) 「急性期病院二次医療圏別分析の可視化」『商大ビジネスレビュー』第3巻1号、p291-312.
- [ 7 ] 白木秀典 (2016) 「7対1病床の経営モデルからの転換ーダウンサイジングの必然性ー」
- [ 8 ] 高橋亮太 岡田唯男 上松東宏 (2019) 「プライマリケアにおけるmultimorbidityの現状と課題」日本プライマリ・ケア連合学会誌2019, vol. 42, no. 4, p213-219.
- [ 9 ] 辰巳嘉章 (2023) 「社会医療法人ケアミックスA 病院の経営戦略ーウィズコロナ時代の病院経営ー」『商大ビジネスレビュー』第13巻1号、p146-171.
- [10] 筒井孝子 (2016) 「これからの地域医療における地域医療構想 (ビジョン) と地域包括ケアシステムのあり方」『厚生指針』第63巻第8号
- [11] 新沼星織 (2012) 「東北農村の医療再編と家族行動ー宮城県登米市における公立病院改革を事例としてー」
- [12] 松本有史 (2018) 「回復期リハビリテーション病院の経営戦略ー医療マーケティングから見た病床数の再編ー」『商大ビジネスレビュー』第8巻2号、p237-254.
- [13] 丸山洋三 (2020) 「公的病院における経営改革の現状と課題: 収支状況と経営指標を中心に」経営戦略研究(14)、p19-30.
- [14] 光本祐也 (2021) 「民間病院激戦地域における医療法人Mの経営戦略ーポジショニング分析に基づくー考察ー」『商大ビジネスレビュー』第11巻2号、p203-251.
- [15] 南島和久 (2012) 「地方独立行政法人の制度と評価」 「自治総研通巻」404号、p29-53.
- [16] 湯浅美千代 (2017) 「急性期病院における認知症高齢者に関わる看護の課題」2017年22巻1号、p10-13.

## 引用ホームページ

- [ 1 ] 公立宍粟総合病院 アクションプラン  
[https://www.city.shiso.lg.jp/shiso\\_hp/news/18671.html](https://www.city.shiso.lg.jp/shiso_hp/news/18671.html)  
 (2024年7月26日アクセス)
- [ 2 ] 公立宍粟総合病院 経営強化プラン  
[https://www.city.shiso.lg.jp/shiso\\_hp/18234.html](https://www.city.shiso.lg.jp/shiso_hp/18234.html)  
 (2024年6月25日アクセス)

- [ 3 ] 厚生労働省 機能評価係数Ⅱの内訳（医療機関別）令和4年4月1日時点  
<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000946859.pdf>  
(2024年5月1日アクセス)
- [ 4 ] 厚生労働省 機能評価係数Ⅱの内訳（医療機関別）令和5年4月1日時点  
<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001090145.pdf>  
(2024年5月1日アクセス)
- [ 5 ] 厚生労働省 第9期介護保険事業計画期間における介護保険の第1号保険料及びサービス見込み量等について  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_40211.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_40211.html)  
(2024年7月1日アクセス)
- [ 6 ] 厚生労働省 第9期計画期間における介護保険の第1号保険料について  
<https://www.mhlw.go.jp/content/12303500/001253798.pdf>  
(2024年7月26日アクセス)
- [ 7 ] 厚生労働省 臨床研修病院の指定の基準の取扱いについて  
<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001243597.pdf>  
(2024年7月1日アクセス)
- [ 8 ] 厚生労働省 令和5年度版厚生労働白書  
<https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/22/dl/zentai.pdf>  
(2024年7月26日アクセス)
- [ 9 ] 国立社会保障・人口問題研究所 将来推計人口・世帯数  
<https://www.ipss.go.jp/syoushika/tohkei/Mainmenu.asp>  
(2024年6月15日アクセス)
- [10] 宍粟市 人口統計  
<https://www.city.shiso.lg.jp/soshiki/shiminseikatsu/shimin/tantojoho/jinkoutokei/index.html> (2024年6月15日アクセス)
- [11] 総務省 地方公共団体の主要財政指標一覧  
[https://www.soumu.go.jp/iken/shihyo\\_ichiran.html](https://www.soumu.go.jp/iken/shihyo_ichiran.html)  
(2024年6月17日アクセス)
- [12] 日本医師会 地域医療情報システム  
<https://jmap.jp/> (2024年6月15日アクセス)
- [13] 病院情報局ホームページ  
<https://hospia.jp/> (2024年6月15日アクセス)

[14] 兵庫県 兵庫県地域医療構想

<https://web.pref.hyogo.lg.jp/kf15/iryokousou.html>

(2024年6月15日アクセス)