川崎医療福祉学会誌　Vol. 36　No. 1　2026　135 − 147

原　著

岡山市と熊本市の主要急性期病院における機能分化の比較研究
―「オールマイティ型」と「機能分化型」の実態分析と岡山市域への機能分化モデル導入における課題―

櫃石秀信*1　浜田淳*1　秋山祐治*2

要　　約

本研究では，岡山市と熊本市の主要急性期病院群を比較し，病床利用率，診療科構成，疾患分布の差異から岡山市の病院機能分化の課題を検討した．岡山市6病院の平均病床数は497.8床，標榜診療科数31.3科，病床利用率は2023年度71.7%，2024年度74.2% である一方で，熊本市6病院ではそれぞれ402.7床，26.7科，80.1% から83.1% であり，病床利用率は高水準で推移した．診療科構成の分析では，岡山市が6病院で17診療科を標榜する「オールマイティ型」を示し，熊本市は7診療科のみが共通する「機能分化型」であった．MDC02，03，08の疾患別症例分布では，熊本市では症例の特定病院への集約が顕著にみられ，岡山市では大学病院を含む主要6病院に症例が分散していた．岡山市の体制は患者のアクセス向上に寄与する一方，専門知の集積と病床利用率向上に制約を残す．熊本市の機能分化型は高利用率と専門性強化を両立しており，この導入を岡山市で進めるには，診療科再編に伴う医師配置調整，地域医療機関との連携と理解醸成，転院システムの整備，経営的インセンティブ設計が求められる．今後は専門診療科の段階的集約，圏域単位のベッドマネジメントとPDCA体制の構築により，地域医療の最適化を図ることが重要である．

1．緒言
1．1　研究の背景

地域医療提供体制の構築・最適化は，我が国が人口減少・高齢化，医療資源の偏在，医師・看護師・専門職の確保難といった構造的課題に直面する中で，ますます重要性を増している．特に急性期医療を担う病院群の役割とそれらを取り巻く機能分化・連携の仕組みは，地域全体の医療効率を左右する鍵となる．

従来，都道府県レベル・医療圏レベルでは，病床機能報告制度（医療法第30条の13に基づく，病棟単位で「高度急性期」「急性期」「回復期」「慢性期」等の機能を報告する制度）により，各医療機関の病床機能分類が行われてきた．しかしながら，これだけでは「医療機関そのものが地域内でどのような役割（機能）を果たしているか」を可視化するには不十分な面がある．

そのため，新たな地域医療構想においては，医療機関自身が「構想区域ごと（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），広域な観点（医育及び広域診療機能）で確保すべき機能や今後の方向性等を報告」することを明文化する制度の導入が提唱されている[1)]．つまり，「どの病院がどの診療科を得意とし，どの重症度･どの領域を担うか」を報告･共有することで，地域医療構想の実効性を高めるという観点である．

1．2　先行研究と問題の所在および本研究の位置づけ

地域医療の最適化に向けた病院の機能分化に関する研究において，岩﨑は近隣急性期病院が共存する

*1 川崎医療福祉大学　医療福祉マネジメント学研究科　医療福祉経営学専攻
*2 川崎医療福祉大学　医療福祉マネジメント学研究科　医療福祉マネジメント学専攻
（連絡先）櫃石秀信　〒701-0193　倉敷市松島288　川崎医療福祉大学
E-mail : h-hitsuishi@mw.kawasaki-m.ac.jp

ための経営戦略として差別化と機能分化の重要性を指摘している[2]．また，機能分化の類型について，河野と真野は高度急性期・急性期・回復期等といった病期に応じた役割分担である「垂直方向の機能分化」と，特定疾患や専門領域に応じた「水平方向の機能分化」に分けて論じている[3]．田中もまた，特定の疾患に対する専門的医療を集約し，各病院が専門領域に応じて貢献する水平方向の機能分化の重要性を定義している[4]．

実際の地域医療において，この水平方向の機能分化が自然発生的に形成された特異な事例として熊本市（熊本・上益城医療圏）が知られている．尾形[5]は，熊本大学病院をはじめとする「セブン・シスターズ」と呼ばれる7つの急性期病院が，行政主導ではなく医療機関同士の競争と自主的な協調の中で，自然に役割分担（棲み分け）を構築していった実態を記述している．

このように，医療経済学・医療政策の分野において機能分化の概念的整理（既知の知見）や，熊本市のような特異な先行事例の記述的研究は存在する．しかしながら，病床機能の分散が課題となっている地域（高度急性期・急性期病床の過剰が指摘される岡山県南東部医療圏[6]）と，機能分化が進んだ地域（病床機能の分化及び連携を推進している熊本・上益城医療圏[7]）を対象に，標榜診療科構成やDPC（Diagnosis Procedure Combination）データ（疾患別症例分布）等の定量的な指標を用いて，その構造的差異を直接的に比較・実証した研究は極めて限られている．特に，「オールマイティ型」と「機能分化型」という対照的な提供体制が，各地域の病床稼働や専門症例の集約にどのような影響を与えているかを対照比較し，その上で「自然発生的な機能分化が進んでいない地域へ，機能分化モデルを意図的に導入する際の政策的・実務的課題」を抽出した研究は乏しいのが現状である．

そこで本研究は，地域医療構想の推進において知見の空白となっている「水平方向の機能分化の都市間定量比較」を行う．岡山市と熊本市の主要急性期病院群のデータを対照することで，地域完結型医療における水平方向の機能分化の実態を可視化し，非機能分化地域へのモデル導入に向けた政策的課題と実行策を提示することを目的とする．

2．方法

2．1　対象地域および対象病院

本研究で比較対象とする岡山県南東部医療圏（岡山市を含む）と熊本・上益城医療圏（熊本市を含む）は，ともに地域の急性期医療市場として一定の人口規模を有する．しかし，地理的条件には明確な違いがある．岡山県南東部医療圏は熊本・上益城医療圏と比較して人口が約10% 多く，面積は約1.62倍広いため，人口密度は相対的に低い（岡山：約475人 / km²[6]，熊本：約698人 /km²[7]）．熊本・上益城医療圏は人口密度が高く，熊本市への医療機能集中が強い都市中心型の圏域であるのに対し，岡山県南東部医療圏はより広域に人口が分布している．このような地理的条件および都市集中度の違いを前提とした上で，対象とする主要急性期病院は以下の通りである．

岡山市（6病院）
- 独立行政法人国立病院機構　岡山医療センター
- 岡山赤十字病院
- 岡山済生会総合病院
- 地方独立行政法人岡山市立総合医療センター　岡山市立市民病院
- 独立行政法人労働者健康安全機構　岡山ろうさい病院
- 川崎医科大学総合医療センター

熊本市（6病院）
- 独立行政法人国立病院機構　熊本医療センター
- 熊本赤十字病院
- 済生会熊本病院
- 熊本市民病院
- 国家公務員共済組合連合会　熊本中央病院
- 一般社団法人熊本医師会　熊本地域医療センター

なお，本研究では，各市に存在するDPC対象急性期病院の中から，地域の急性期医療の中核を担い，多種多様な診療科を有して幅広い疾患に対応しうる『総合的な機能を持つ主要急性期病院』を比較の対象として選定した（概ね病床数300床以上，かつ20以上の診療科を標榜する施設）．また，本研究では分析の目的に応じて，大学病院本院（岡山大学病院，熊本大学病院）の取り扱いを以下の通り明確に区分した．

1. 病床・診療科構成および病床利用率の比較における除外：大学病院は，高度急性期医療の拠点機能，人材供給源としての機能，研究・イノベーションの中心という特殊な機能を有しており，一般の急性期病院とは運営の前提が大きく異なる．そのため，「地域内の主要急性期病院間の機能・効率性の比較」を目的とする病床利用率や標榜診療科数の分析からは，大学病院を除外し，各市6病院のみを対象とした．
2. 疾患別症例分布の分析における包含：一方で，

地域全体における「水平方向の機能分化（疾患別の症例集約度）」の実態を評価するためには，地域医療の中核である大学病院の存在が不可欠である．したがって，MDC（Major Diagnostic Category）別の症例分布分析においては大学病院を正式な分析対象に含め，地域全体の症例フローの中で大学病院が果たす役割（集約拠点としての機能等）を含めて評価することとした．

２．２　データ収集

以下のデータを各病院公表値，地域医療構想・病床機能報告・県・市の医療計画資料から収集した．

1. 許可病床数および標榜診療科数

中国四国厚生局および九州厚生局が公表する「コード内容別医療機関一覧表（令和7年11月時点）」を抽出元とした．

2. 病床利用率（2023年度・2024年度）

各都道府県の病床機能報告データおよび病院公表の事業報告書より「在棟患者延べ数」を取得し，以下の式を用いて算出した．

算出式：病床利用率（%）=（対象期間の在棟患者延べ数）÷（許可病床数×対象期間の日数）×100

3. 疾患別症例分布データ

厚生労働省が公表する「令和5年度 DPC 導入の影響評価に係る調査」の退院患者調査結果等に基づき，MDC02（眼科系疾患），MDC03（耳鼻咽喉科系疾患），MDC08（皮膚・皮下組織の疾患）の月間症例数（例／月）を対象病院ごとに抽出した．

なお，救急，循環器，呼吸器，消化器といった急性期医療の中核を担う疾患群は，両市の主要急性期病院において必須の機能として広く整備されており（熊本市でも主要6病院すべてで呼吸器内科・消化器内科・循環器内科を標榜している等），病院間の機能集約（選択と集中）の差異が相対的に表れにくい．そのため本研究では，両地域の「水平方向の機能分化」の戦略的差異が最も顕著に表れる指標として，集約化の対象となりやすい上記3つの専門領域の MDC に焦点を絞って症例分布を比較した．

２．３　分析方法

分析方法を以下に示す．

1. 病床規模・診療科構成の比較：両地域の平均病床数，平均診療科数を算出し比較した．
2. 病床利用率の比較：2023年度・2024年度の病床利用率を病院別・地域別に算出した．
3. 診療科集中度の評価：各診療科について，6病院中何病院で標榜されているかを集計した．
4. 疾患別症例分布の分析：MDC 別の症例数（例／月）を病院別に比較し，症例の集約度を評価した．

３．結果

３．１　岡山市の主要病院―「オールマイティ型」の実態

３．１．１　病床規模と診療科の概観

岡山市の主要急性期病院は総じて大規模（平均約

表１　岡山市主要急性期病院・許可病床数・診療科数・病床利用率および症例数

病院名	許可病床数	診療科数	病床利用率（%）		症例数（2023 年度）（例/月）		
			2023 年度	2024 年度	MDC02	MDC03	MDC08
川崎医大総合医療センター	647	29	61.2	63.3	38.9	59.3	12.8
岡山医療センター	609	33	69.4	68.8	41.7	56.7	22.6
岡山赤十字病院	500	36	74.6	75.5	8.4	60.5	13.8
岡山済生会総合病院	473	35	77.7	79.1	81.5	19.6	14.7
岡山市立市民病院	400	33	82.9	88.0	21.3	10.1	8.9
岡山ろうさい病院	358	22	64.1	70.7	12.8	6.3	7.0
平均	497.8	31.3	71.7	74.2	34.1	35.4	13.3

出所：各項目は以下の公表データに基づき筆者作成．

1）許可病床数・診療科数：中国四国厚生局「コード内容別医療機関一覧表（令和 7 年 11 月 4 日作成）」

2）病床利用率：岡山県「病床機能報告」および各病院公表の事業報告書（2023年度・2024年度）より対象期間の在棟患者延べ数を取得し，「（在棟患者延べ数）÷（許可病床数×日数）×100」により算出

3）症例数：厚生労働省「令和 5 年度（2023年度）DPC 導入の影響評価に係る調査」退院患者調査結果に基づき，MDC02，03，08の月間症例数を抽出

表２　岡山市6病院の診療科集中度合い

6 病院すべてで標榜（17 診療科）					
内科	精神科	消化器内科	循環器内科	外科	小児科
整形外科	脳神経外科	形成外科	皮膚科	泌尿器科	眼科
耳鼻咽喉科	放射線科	麻酔科	病理診断科	リハビリテーション科	
５病院で標榜（５診療科）					
脳神経内科	呼吸器内科	呼吸器外科	産婦人科	救急科	
４病院で標榜（６診療科）					
腎臓内科	糖尿病内科	リウマチ科	心療内科	消化器外科	心臓血管外科

500床）で，多数の診療科（平均約31診療科）を標榜する（表1）．

例えば岡山医療センターは許可病床数が609床で，多種多様な診療科を有する総合診療拠点であり，岡山赤十字病院や岡山済生会総合病院もいずれも500床前後で多数の専門科をそろえている．川崎医科大学総合医療センター，岡山市立市民病院や岡山ろうさい病院も大規模急性期機能（ICU（Intensive Care Unit）/HCU（High Care Unit），手術・集中治療等）を備え，病院ごとに幅広い科目を持つ体制が敷かれている．これにより，地域内で「どの病院でも多くの症例を受け止められる」オールマイティな供給構造が形成されている．

３．１．２　病床利用率・稼働の現状

岡山市圏域では，平均病床利用率が2023年度71.7%，2024年度74.2% となっている（表1）．岡山市立市民病院は80% 台と比較的高稼働を示す一方，その他の病院は80% 以下となっており，空床傾向が見られる．

県の病床機能報告や医療計画でも，岡山県南東部圏域には高度急性期病床，急性期病床の過剰，病床利用率の低下が課題として指摘されている[6]．オールマイティ型の強みは広い受け皿とアクセス性であるが，複数病院による類似機能の過剰分散は病床利用率低下と固定費負担増を招く．

３．１．３　診療科の集中度―「オールマイティ型」の根拠

岡山市内病院群では，6病院すべてで17診療科を標榜しており，内科，小児科，外科，整形外科，脳神経外科等の主要診療科だけでなく，形成外科，皮膚科，眼科，耳鼻咽喉科等の専門診療科についても各病院で重複している（表2）．

この診療科の高度な重複と，次項で述べる実際の症例分散の並存が「オールマイティ型」の構造的特徴を示している．外科的治療や救急集中治療を行う病院が各所に存在し，患者・症例は地域内で分散する傾向が強い．その結果，特定専門分野（例：希少高度手術や高度集中治療）では症例集約が進まず，専門人材の集中化や技術維持に課題が生じる．

３．１．４　疾患別症例分布―症例分散の実態

図1～図3に岡山市が含まれる県南東部医療圏の2023年度の MDC02（眼科系疾患），MDC03（耳鼻咽喉科系疾患），MDC08（皮膚・皮下組織の疾患）の症例数の割合を示す．岡山市における疾患別症例分布を分析すると，複数病院への症例分散が認められた．

これらのデータから，岡山市では眼科，耳鼻咽喉科，皮膚科のいずれにおいても，症例が岡山大学病院と主要急性期病院（6病院）に分散していることが明らかとなった．

３．２　熊本市の主要病院―「機能分化型」の実態

３．２．１　病床規模と診療科の概観

熊本市の中核病院群には国立病院機構熊本医療センターや熊本赤十字病院，済生会熊本病院などがあり，いずれも多数の診療科（平均約27診療科）と相応の病床規模（平均約400床）を持つ（表3）．

岡山市と比較すると，熊本市は平均病床数が約100床少なく，診療科数も約4科少ない．熊本市では医療資源の「選択と集中」により，各病院が自らの専門性や強みを発揮できる体制が整っており，「機能分化型」が地域完結型医療の基盤となっている．この体制のおかげで，患者は重症度や医療ニーズに応じて効率的に適切な医療を受けられるという点が大きな特徴である．

岩﨑が指摘するように，熊本地域では，競合する急性期病院が各々，確固たる強みを持ち，差別化戦略による病床機能分化と連携，そして棲み分けのできていることが共存する上で重要である[2]．

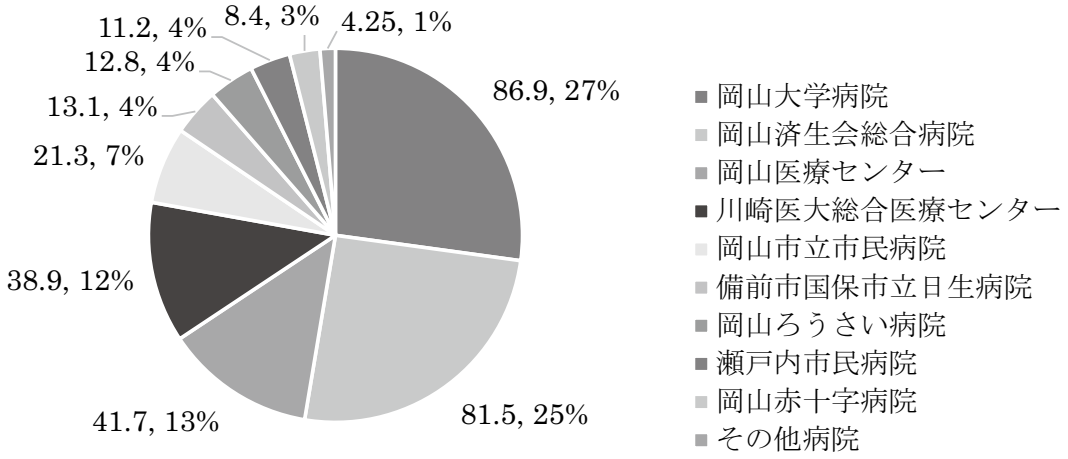


図１　県南東部医療圏 MDC02（眼科系疾患）症例割合（2023年度）

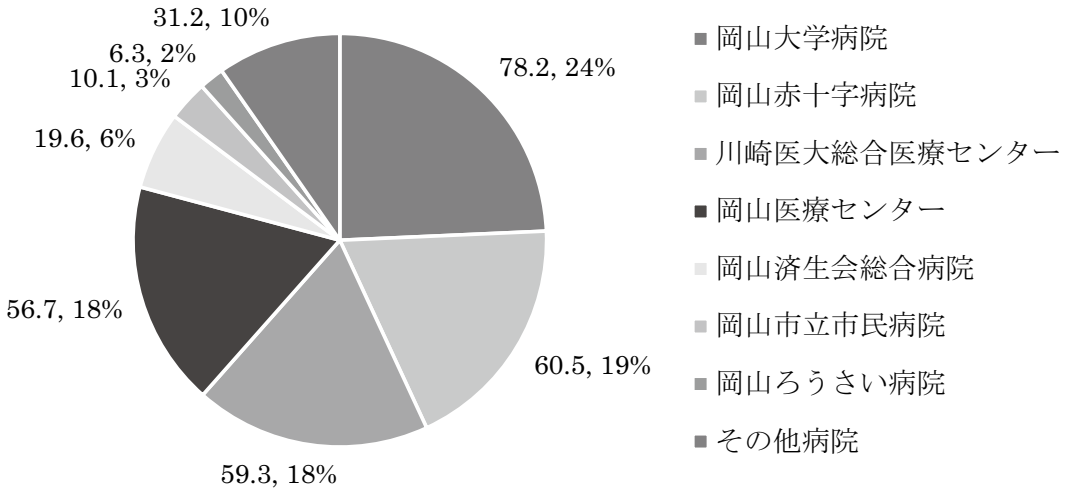


図２　県南東部医療圏 MDC03（耳鼻咽喉科系疾患）症例割合（2023年度）

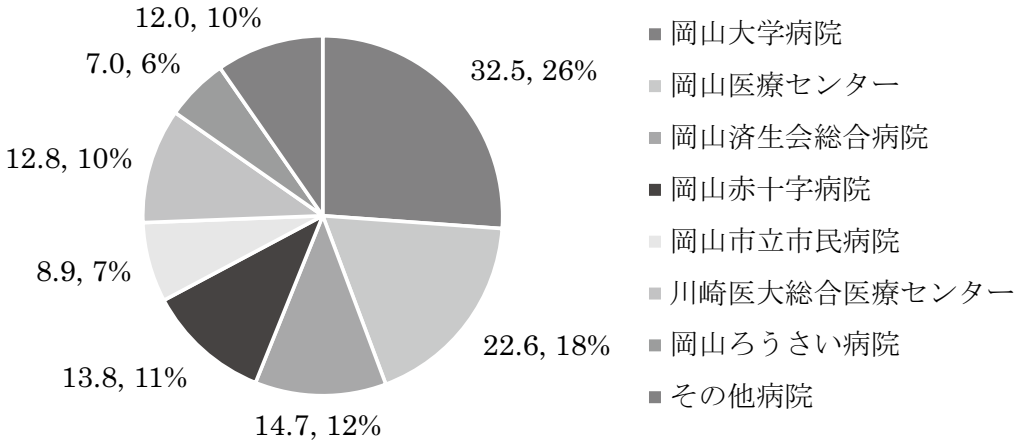


図３　県南東部医療圏 MDC08（皮膚・皮下組織の疾患）症例割合（2023年度）

３．２．２　圏域的な病床利用率と効率性

熊本市圏域は,平均病床利用率が2023年度80.1%,2024年度83.1%（表3）となっており，岡山市圏域と比べて約8～9% 高い傾向にある．特に済生会熊本病院では2024年度の病床利用率が100.4% に達しているが，これは機能分化により重症・急性期症例が高度に集約されている結果，満床時であっても緊急性の高い患者を断らず，臨時病床の設置や他病棟への転用といったオーバーベッドでの救急・緊急対応を行っていることが影響していると推察される．急性期ベッドの利用率が高く維持されている傾向があり，重症症例の集中化（機能分化）と高い稼働効率が並存する特徴が観察された．

また，熊本市民病院などは NICU/HCU 等の周産期・高度専門分野の設備を備え，役割分担に基づく転送・連携が機能している．このため，重症処置や専門治療に関しては一定の症例数が集中し，手術件数・術後管理などでの経験値蓄積と効率性の両立が図られている．

３．２．３　診療科構成と専門化―「機能分化型」の根拠

熊本圏域では，呼吸器内科，消化器内科，循環器内科等7診療科について6病院で診療を担っているが，皮膚科，眼科は5病院，リハビリテーション科，救急科は4病院，耳鼻咽喉科，形成外科は3病院で診療を担っており,専門診療科は拠点を設けることで,重症や希少手術は基幹病院へ搬送するルールが確立していると言える（表4）．

表３　熊本市主要急性期病院・許可病床数・診療科数・病床利用率および症例数

病院名	許可病床数	診療科数	病床利用率（%）		症例数（2023 年度）（例/月）		
			2023 年度	2024 年度	MDC02	MDC03	MDC08
熊本医療センター	550	35	90.9	92.8	28.1	18.8	29.4
熊本赤十字病院	490	33	89.8	91.9	14.3	41.3	15.6
済生会熊本病院	400	23	97.7	100.4	0.0	3.3	4.7
熊本市民病院	388	31	75.9	85.8	81.3	43.8	15.8
熊本中央病院	361	24	61.7	60.5	53.7	2.9	3.8
熊本地域医療センター	227	14	64.6	67.0	0.0	19.7	6.0
平均	402.7	26.7	80.1	83.1	29.6	21.6	12.5

出所：各項目は以下の公表データに基づき筆者作成.

1）許可病床数・診療科数：九州厚生局「コード内容別医療機関一覧表（令和 7 年 11 月 5 日作成）」

2）病床利用率：熊本県「病床機能報告」および各病院公表の事業報告書（2023年度・2024年度）より対象期間の在棟患者延べ数を取得し，「(在棟患者延べ数）÷(許可病床数×日数）×100」により算出

3）症例数：厚生労働省「令和 5 年度（2023年度） DPC 導入の影響評価に係る調査」退院患者調査結果に基づき，MDC02，03，08 の月間症例数を抽出

表４　熊本市6病院の診療科集中度合い

6 病院すべてで標榜（７診療科）					
呼吸器内科	消化器内科	循環器内科	放射線科	麻酔科	病理診断科
糖尿病代謝内科					
５病院で標榜（11 診療科）					
内科	腎臓内科	外科	脳神経外科	整形外科	脳神経内科
小児科	皮膚科	泌尿器科	眼科	血液・腫瘍内科	
４病院で標榜（７診療科）					
小児外科	救急科	心臓血管外科		リハビリテーション科	

岡山市が17診療科を6病院で標榜しているのに対し，熊本市は7診療科のみが6病院で標榜されている．このような標榜診療科の絞り込みと，次項で述べる特定病院への実際の症例集約が「機能分化型」の根拠となっている．結果として，病床利用率と医療の質が両立されやすい構造となっていると推察される．

３．２．４　疾患別症例分布―症例集約の実態

図4～6に熊本市が含まれる熊本・上益城医療圏の

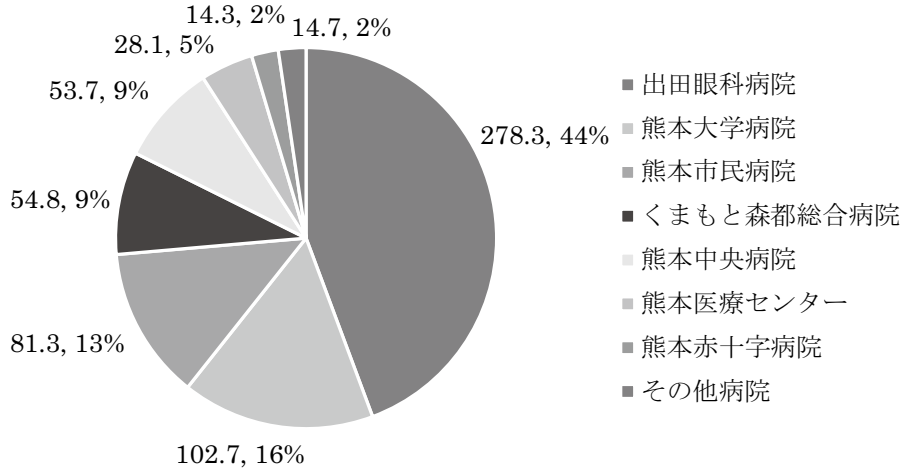


図４　熊本・上益城医療圏 MDC02（眼科系疾患）症例割合（2023年度）

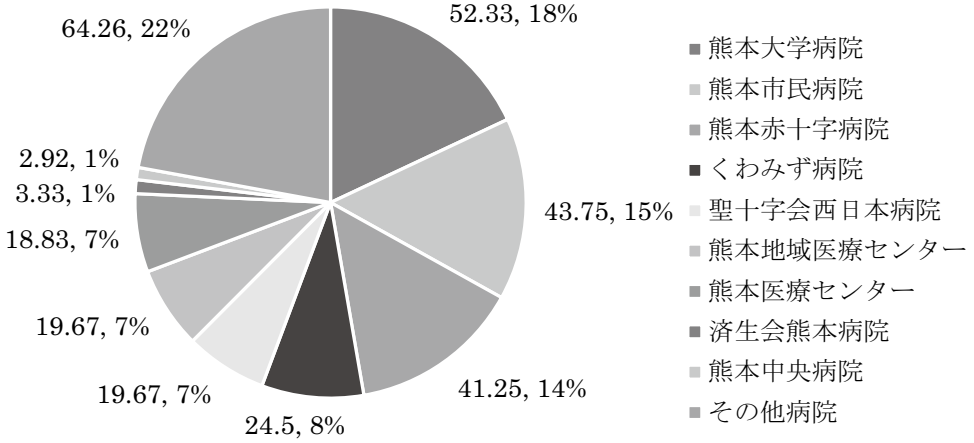


図５　熊本・上益城医療圏 MDC03（耳鼻咽喉科系疾患）症例割合（2023年度）

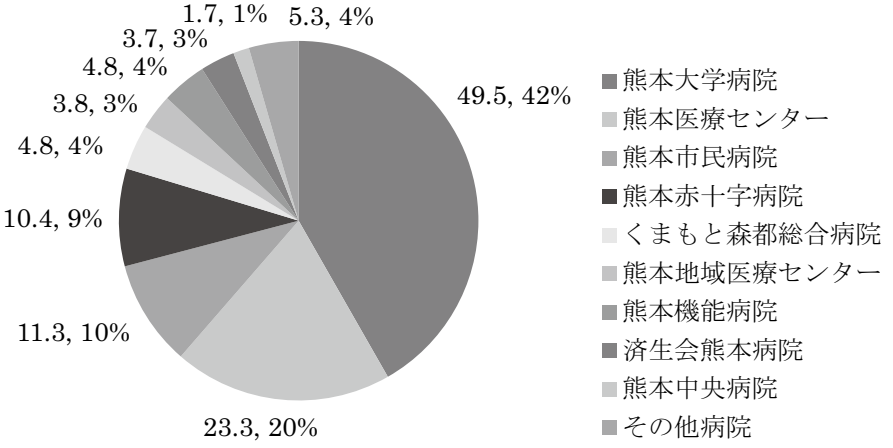


図６　熊本・上益城医療圏 MDC08（皮膚・皮下組織の疾患）症例割合（2023年度）

2023年度の MDC02（眼科系疾患），MDC03（耳鼻咽喉科系疾患），MDC08（皮膚・皮下組織の疾患）の症例数の割合を示す．熊本市における疾患別症例分布を分析すると，特定病院への症例集約が顕著であった．

これらのデータから，熊本市では特定の専門診療科において，特定病院への症例集約が明確に行われていることが示された．例えば，眼科系疾患は民間の出田眼科病院と熊本大学病院に集中しており，主要急性期病院である済生会熊本病院では眼科症例がほぼ扱われていない．同様に，耳鼻咽喉科系疾患や皮膚科系疾患についても，済生会熊本病院や熊本中央病院での症例数が極めて少なく，実質的な機能分化が実現されている．

３．３　岡山市と熊本市の比較

３．３．１　構造モデルの特徴比較

岡山市と熊本市の特徴を比較してみると，以下のようにまとめることができる．

岡山市：オールマイティ型

- 各主要病院が幅広い診療科を有し，「何でも出来る」体制を地域内で複数持つことで，患者アクセス・近接受療を確保している．
- その反面，症例数分散・診療科重複・固定費増・専門手技の集約化不足という構造的弱点も併せ持つ．
- 平均病床数497.8床，平均診療科数31.3科
- 17診療科を全6病院で標榜している．
- 病床利用率71.7%（2023年度）→74.2%（2024年度）
- 疾患別症例が複数病院に分散している．

熊本市：機能分化型

- 地域レベルで「どの病院がどの機能を担うか」をあらかじめ定め，重症・高度領域は特定拠点に集約し，それ以外の病院は役割を分担することで，効率性・専門性・資源集中を実現している．
- これにより，病床利用率が高水準で維持されやすい構造となっている．
- 平均病床数402.7床，平均診療科数26.7科
- 7診療科のみが全6病院で標榜している．
- 病床利用率80.1%（2023年度）→83.1%（2024年度）
- 疾患別症例が特定病院に集約している．

３．３．２　病床利用率の政策的含意

高い病床利用率は設備稼働という面における効率性の指標の一つであるが，過度の集中は待機やボトルネックを生む恐れがある．また，病院機能の総合的な評価には，DPC 機能評価係数等の多面的な指標を併せて考慮する必要がある．熊本のような機能分化で80% 台後半の稼働が安定している場合，病院間の分業ルール・搬送体制・データ連携が機能している可能性が高い．一方，岡山市でオールマイティ型のまま病床が分散していると，個々病院の病床利用率低下と医療資源の非効率利用が継続する恐れがある．

４．考察

４．１　病床利用率・質の観点

熊本市域のように機能分化型をとることで，重症・高度医療が集約され，手術件数・集中治療実績の規模化と，高い水準での稼働率維持が同時に観察された（ただし，前述の通りこれには多様な交絡要因が関与しうるため，直接的な因果関係は断定できず観察的な関連の提示にとどまる）．一方，岡山市域では病院が幅広く機能を持つ分，専門症例の集約が進まず，結果として病床利用率・回転率・在院日数に改善の余地が残る．

伏見が指摘するように，「限られた医療資源を有効かつ効率的に活用するために病院の機能分化が必要」[8]であり，岡山市域においても医療資源の効率的活用という観点から機能分化の推進が求められる．

県レベルでも「必要病床数と比較して，高度急性期・急性期の病床数が多く，回復期の病床数が少ないことから，実際に提供している医療を検証した上で，必要な病床への転換等」[3]が課題として掲げられており，制度的にも変革期にある．

４．２　機能分化の類型と本研究の位置づけ

河野と真野は，機能分化を「垂直方向の機能分化と水平方向の機能分化に分けて考えることができる」[3]としている．垂直方向の機能分化は，高度急性期・急性期・回復期・慢性期といった病期に応じた役割分担を指し，水平方向の機能分化は，田中が定義するように「特定の疾患に対する専門的な医療を提供する機能を集約して，病院がそれぞれの専門領域に応じて地域の医療に貢献すること」[4]である．

本研究で比較した岡山市と熊本市の機能分化は，主に水平方向の機能分化に焦点を当てている．具体的には，眼科，耳鼻咽喉科，皮膚科といった専門診療科を特定病院に集約することで，症例の集中化と専門性の向上を図るという水平方向の機能分化である．熊本市では，この水平方向の機能分化が実現されており（例：眼科系疾患の熊本大学病院への集約），岡山市では複数病院への分散が見られる．

ただし，機能分化の議論においては，垂直方向と水平方向は相互に関連しており，岡山県の保健医療計画が指摘する「高度急性期・急性期の病床数が多く，回復期の病床数が少ない」[6]という垂直方向の課題も，水平方向の機能分化と同時に検討する必要がある．

4.3　新たな地域医療構想の観点からの考察

病床機能報告制度は，病床の機能区分・設備・人員・医療行為といった「病床ベース」の報告を義務付けており，医療機関自身が自らの病床機能を明示することで，都道府県・医療圏レベルで機能分化・連携の検討を可能にした．

しかしながら，次の段階として重要なのは「医療機関の役割（機能）そのものを報告・公表し，地域全体での役割分担を可視化する」制度の導入である．これにより，たとえば「この病院は循環器・重症救急を担う」「この病院は回復期･リハビリに特化する」といった役割を明文化でき，地域医療構想における実行性が高まる．

田中が指摘する水平方向の機能分化[4]の観点からも，各病院が「どの専門領域に応じて地域の医療に貢献するか」を明確にすることが重要である．岡山市･熊本市の比較でも，このような役割の明確化が，機能分化型を支える制度的基盤となっていると言える．

4.4　岡山市に機能分化モデルを導入する際の課題

本研究のリサーチクエスチョン「岡山市域に機能分化モデルを導入する際にはどのような課題があるか」に対して考察する．

Porterが述べるように，戦略の本質は「何をしないかを選択すること」[9]であり，岡山市の各病院が全ての診療科を維持する現状から，特定機能に特化する方向へ転換するには，戦略的な意思決定と以下に述べる実務的課題への対応が必要である．また，熊本医療圏の機能分化が「セブン・シスターズ」の競争環境の中で医療機関の自主的創意工夫により自然発生的に形成されたのに対し，岡山市域では現時点でそのような自然発生的な機能分化が進んでいない．このため，何らかの意図的な介入や誘導が必要となる可能性がある．

4.4.1　既存診療科の統廃合に伴う医師配置の調整

岡山市では17診療科が6病院で標榜されており，これを熊本市のように7診療科程度に集約するためには，大規模な診療科の再編が必要となる．特に，眼科，耳鼻咽喉科，皮膚科，形成外科等の専門診療科を一部の拠点病院に集約する場合，以下の課題が生じる．

- 医師の配置転換：集約される病院では専門医の増員が必要となり，集約されない病院では専門医の配置転換または外来対応のための非常勤派遣体制の構築が必要
- 医師のキャリアパスへの影響：若手医師の研修機会や専門医取得のための症例経験が特定病院に集中することへの配慮
- 既存医療スタッフの雇用問題：診療科縮小に伴う看護師・技師等のスタッフの配置転換や雇用維持

4.4.2　患者・地域医師会の理解促進

機能分化により，患者が従来通院していた病院で特定の診療科が受診できなくなる可能性があり，以下の課題が生じる．

- 患者アクセスの変化：眼科，耳鼻咽喉科，皮膚科等の専門外来が集約されることで，一部患者の通院距離が延長する可能性
- 患者・家族の理解：「なぜ今まで受診できた診療科がなくなるのか」という疑問や不安への対応
- 地域医師会との調整：かかりつけ医からの紹介先が変更されることに対する地域医師会の理解と協力体制の構築
- 広報・周知活動：機能分化の意義と各病院の役割を住民に分かりやすく説明する仕組みの整備

4.4.3　転院システムの整備

機能分化型では，急性期治療後の回復期・慢性期への転院が円滑に行われることが前提となる．岡山市における課題は以下のとおりである．

- 圏域ベッドマネジメントシステムの構築：リアルタイムで各病院の空床状況を共有し，転院調整を効率化する情報システムの導入
- 転院基準の明文化：どのタイミングで，どの病院へ転院すべきかの基準を明確化し，医療機関間で共有
- 搬送体制の整備：救急搬送だけでなく，転院搬送の優先順位や経路の最適化
- 地域連携パスの拡充：疾患別の地域連携クリティカルパスを整備し，病院間の役割分担を明確化

4.4.4　経営インセンティブの設計

機能分化により，診療科を集約される病院は収益減少のリスクに直面する．これに対する課題は以下のとおりである．

- 経営補填の仕組み：診療科縮小による収益減を補填するための財政支援（県・市レベルの補助金，基金の活用等）
- 機能転換への支援：急性期から回復期・慢性期への転換を進める病院に対する設備投資支援
- 診療報酬上のインセンティブ：地域医療構想に沿った機能分化を進める病院への診療報酬上の加算措置
- 中長期的な収益モデルの提示：機能分化後の安

定的な経営が可能であることを示すシミュレーションの提供

4.4.5 行政の役割と医療機関の自主性のバランス

熊本医療圏では，尾形[5]が指摘するように「県や市は，熊本医療圏における機能分化も連携も，ほとんど何も知らなかった．何も口出ししてこない」（p.74）という環境の中で，医療機関の自主的な創意工夫により機能分化が実現した．一方，岡山市域では現状でそのような自然発生的な動きが見られないため，以下の課題がある．

- 行政の介入レベルの設定：強制的な再編か，インセンティブによる誘導か，あるいは医療機関の自主的判断を促す環境整備か
- 医療機関の自主性の尊重：トップダウンの押し付けではなく，各病院の経営判断と戦略的選択を尊重する仕組み
- 協調的な協議の場の創出：医療機関同士が競争を超えて，地域の全体最適に向けた役割分担（棲み分け）を自主的に協議できるプラットフォームをどう形成するか
- 長期的視点の共有：短期的な収益減を恐れず，地域全体の医療の質向上という長期的視点を共有する文化の醸成

4.4.6 段階的導入の必要性

熊本市では長年にわたる機能分化の歴史があるのに対し，岡山市で一気に同様の体制を構築することは困難である．そのため，以下のような段階的アプローチが必要である．

- 第1段階：専門性の高い診療科（形成外科，耳鼻咽喉科等）から試行的に集約を開始
- 第2段階：集約効果を検証し，眼科，皮膚科等へ拡大
- 第3段階：全体的な機能分化体制の確立とPDCAサイクルの構築

4.5 岡山市における実行策の提言

上記の課題を踏まえ，岡山市域の病床利用率向上と質確保のためには，熊本市の機能分化モデルから学びつつ，地域特性に合わせたハイブリッドな導入が望ましい．伏見が述べる「限られた医療資源を有効かつ効率的に活用」[8]という観点と，田中が定義する「水平方向の機能分化」[4]の概念を踏まえ，具体的提言は次のとおりである．

4.5.1 機能分化の段階的導入（科目別集約）

皮膚科，耳鼻咽喉科，形成外科等の専門診療科については，数カ所の拠点病院へ段階的に集約する．集約に当たっては，各病院の手術実績・医師体制・機器状況をベースに「症例を集められる拠点」を選定する．また，外来については，集約した拠点病院からそれ以外の病院で非常勤として勤務する体制を構築する．

これは，河野と真野が分類する「水平方向の機能分化」[3]であり，田中の定義する「特定の疾患に対する専門的な医療を提供する機能を集約」[4]に該当する取り組みである．

具体的な集約シミュレーション

- 眼科：岡山済生会総合病院，岡山医療センター，川崎医大総合医療センターを拠点とし，その他3病院は外来のみまたは集約
- 耳鼻咽喉科：岡山赤十字病院，川崎医大総合医療センター，岡山医療センターを拠点とし，その他3病院は外来のみまたは集約
- 皮膚科：岡山済生会総合病院，岡山医療センター，岡山赤十字病院を拠点とし，その他3病院は外来のみまたは集約

4.5.2 圏域ベッドマネジメントと転院ルールの整備

地域ベッドコントロールの仕組みを導入し，搬送優先順位・転院判定基準・転院経路を明文化する．救急搬送と転院のワークフローを整備して，拠点化による患者アクセスの影響を最小化する．

具体的施策

- ICTプラットフォームの構築：岡山市6病院の空床情報，受入可能科目，重症度別受入状況をリアルタイムで共有
- 地域連携パスの拡充：脳卒中，大腿骨頸部骨折，心筋梗塞等の主要疾患について，急性期→回復期→慢性期の連携パスを整備
- 転院調整看護師の配置：各病院に転院調整専門の看護師を配置し，スムーズな転院を支援

4.5.3 診療報酬・財政的インセンティブの活用

機能分化を進める際の経営リスクを補填するため，県・市レベルで再編支援や設備更新補助，地域中核病院に対する人的支援制度などを検討する．

具体的施策

- 岡山県・岡山市の地域医療介護総合確保基金の活用：機能分化に伴う設備投資，人材育成，ICTシステム導入への支援
- 診療報酬加算の最大活用：地域医療体制確保加算，医療資源重点外来体制加算等を積極的に算定
- 経営シミュレーションの提供：機能分化前後の収益予測を各病院に提示し，不安解消と合意形成を促進

4.5.4 データによるPDCA体制構築

病床利用率，平均在院日数，転院率，救急応需率

等を共通指標として定期的に評価し，機能分化・集約の効果を定量評価しながら軌道修正を行う．
具体的指標

- 病床利用率：目標80% 以上，四半期ごとに評価
- 平均在院日数：急性期病院で目標12日以内，半年ごとに評価
- 専門診療科の症例集約度：MDC 別症例数の集中度を年1回評価
- 患者満足度：機能分化による影響を年1回調査

これらを統合することで，岡山市におけるオールマイティ型の利便性を残しつつ，熊本に見られるような機能分化型の効率性を取り入れる，いわば「オールマイティ×機能分化のハイブリッド」モデルが実現可能である．特に中核病院に専門機能を集約することで，専門医の経験値向上，救急・術後管理の質向上，ベッド回転率の改善が期待される．

5．結語

5．1　研究の結論

本研究では，岡山市と熊本市における主要急性期病院群を比較し，岡山市の「オールマイティ型」構造および熊本市の「機能分化型」構造を明らかにした．

岡山市においては，現状のオールマイティ型体制はアクセス性という強みを持つものの，症例分散・病床利用率低下・専門性蓄積不足という構造的課題を抱えている．平均病床利用率は71.7%（2023年度）→74.2%（2024年度）にとどまり，17診療科が6病院で標榜されることで，疾患別症例が複数病院に分散している．

一方，熊本市では機能分化型を通じて高稼働かつ専門性の高い医療提供体制を実現しており，平均病床利用率は80.1%（2023年度）→83.1%（2024年度）と高水準を維持している．7診療科のみが6病院で標榜され，専門診療科については特定病院への症例集約が実現されている．これは地域医療構想の理想形の一例とも言える．

5．2　研究上の制約と今後の課題

本研究には以下の制約がある

1. 大学病院の除外：本研究では，高度急性期医療の拠点機能，人材供給源としての機能，研究・イノベーションの中心という特殊な役割を考慮し，大学病院を分析対象から除外した．しかし，大学病院は地域医療において重要な役割を担っており，特に症例集約の観点では中心的な存在である．今後は大学病院を含めた地域全体の機能分化を検討する必要がある．
2. 病院機能評価の多面性の欠如：本研究では機能分化の成果や効率性を論じる指標として主に「病床利用率」を用いたが，これは病院運営・設備稼働の一側面にすぎない．急性期機能の優劣や実態を多面的かつ客観的に評価するためには，DPC の機能評価係数Ⅱ（効率性指数，複雑性指数，カバー率指数，救急補正係数，地域医療指数等）を併用した総合的な分析が必要であるが，本研究では実施できていない．今後はこれらの指標を分析に組み込み，機能分化が医療の質や経営効率に与える影響を多角的に検証することが課題である．
3. 統計解析の不在と小標本による限界：本研究における病床利用率や症例数等の群間比較は，各地域6病院（n=6）という小標本に基づく記述統計の提示に留まっている．施設間変動の影響が大きいため，本稿で示した「約8～9% 高い傾向」等の差は統計学的検定（t 検定等）によって有意性が確認されたものではない．今後は，対象地域や施設数を拡大し，適切な統計的検定を用いた客観的な検証を行う必要がある．
4. 標榜診療科による機能評価の限界：本研究では機能分化の指標の一つとして「標榜診療科の重複度」を用いた．しかし，診療科名が同一であっても，外来診療のみか，入院や高度な手術を実施しているか，常勤医数や当直体制が充実しているか等によって実際の提供機能は大きく異なる．本研究では MDC 別の入院症例分布を併用して実績面からの実態評価を試みたものの，各病院の詳細な診療体制やリソース配分に基づく精緻な評価軸の設定には至っていない．今後は，手術件数や常勤医数等の実態に即した評価指標を組み込む必要がある．
5. 地理的条件および患者行動分析の不足：対象とした両医療圏は面積や人口密度，都市中心部への機能集中度に違いがある．熊本市域のような人口密度の高い都市中心型の圏域では地理的な機能集約が成立しやすい一方，相対的に広域で人口密度が低い岡山市域では，近接受療を確保するために機能が分散（オールマイティ化）しやすいという地理的要因が影響している可能性がある．本研究では，こうした地理的条件の違いに伴う地域住民の受療行動や交通アクセスへの影響を詳細に反映していない．
6. 経営分析の限界：病院経営上の個別事情（経営体質，将来投資計画等）を本研究では十分に考慮できていない．

7. 質的評価の不足：医療の質，患者満足度，医療スタッフの働きやすさ等の質的側面の評価が不十分である．

5．3　今後の展望

今後の実務的展開には，圏域単位での詳細な症例分布データ・搬送データ・経営影響評価を収集し，シミュレーションに基づいた段階的な再編計画を策定することが不可欠である．具体的には，本稿で分析した熊本市（「セブン・シスターズ」等）に見られる医療機関の自主的な役割分担プロセスを参考にしつつ，第4章で提言した眼科，耳鼻咽喉科，皮膚科といった特定の専門領域における拠点病院への段階的集約を，岡山市における先行事例（試行的導入）として創出していくことが現実的な第一歩となる．また，こうした先行事例による機能分化の効果を継続的にモニタリングし，PDCA サイクルを回しながら地域の実情に合わせた最適な医療提供体制を構築していくことが重要である．岡山市における「オールマイティ×機能分化のハイブリッド」モデルの実現に向け，県・市・医療機関・地域医師会が一体となった取り組みが期待される．

文　　献

1）厚生労働省：新たな地域医療構想に関するとりまとめの概要．
https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001357307.pdf，2024．（2026.1.25確認）
2）岩﨑輝夫：急性期病院3施設が近隣に位置しながら共存していくための経営戦略についての考察．商大ビジネスレビュー，5(2)，17-31，2015.
3）河野一博，真野俊樹：DPC データをハーフィンダール指数により分析―機能分化における病院経営戦略―．厚生サロン，28(8)，4-19，2008.
4）田中昌昭：病院の機能分化を測る新しい指標の開発．川崎医療福祉学会誌，25(1)，121-132，2015.
5）尾形裕也：「志なき医療者は去れ！」―岩永勝義，病院経営を語る―．増補改訂版，日本看護協会出版会，東京，2009.
6）岡山県：第9次岡山県保健医療計画．
https://www.pref.okayama.jp/page/852360.html，2024．（2026.1.25確認）
7）熊本県：第8次熊本・上益城地域保健医療計画．
https://www.pref.kumamoto.jp/soshiki/167/203471.html，2024．（2026.5.13確認）
8）伏見清秀：これからの病院医療 DPC が促す病院の機能分化．日本病院会雑誌，4，54-74，2014.
9）Porter ME：What is strategy? *Harvard Business Review, 74(6), 61-78*，1996.

（2026年5月28日受理）

Comparative Study of Functional Differentiation in Major Acute Care Hospitals in Okayama and Kumamoto Cities: Analysis of the Actual Situation of “All-Purpose” and “Functionally Differentiated” Hospitals and Challenges in Introducing the Functional Differentiation Model to the Okayama City Area

Hidenobu HITSUISHI, Jyun HAMADA and Yuji AKIYAMA

（Accepted May 28, 2026）

Key words : regional medical care plan, acute care hospital, all-purpose hospital, functional differentiation hospital, bed utilization rate

Abstract

This study compared the major acute care hospitals in Okayama City and Kumamoto City, examining the challenges of hospital functional differentiation in Okayama City based on differences in bed utilization rates, medical department composition, and disease distribution. The six hospitals in Okayama City had an average of 497.8 beds, 31.3 specialty departments, and bed utilization rates of 71.7% in 2023 and 74.2% in 2024. Meanwhile, the six hospitals in Kumamoto City had an average of 402.7 beds, 26.7 specialty departments, and bed utilization rates of 80.1% in 2023 and 83.1% in 2024, respectively, demonstrating a high level of bed utilization. Analysis of medical department composition revealed that Okayama City exhibited an “all-purpose” model, with 17 specialty departments in common across the six hospitals, while Kumamoto City exhibited a “functionally differentiated” model, with only seven specialty departments in common. Case distribution by disease in MDC02, 03, and 08 showed a significant concentration of cases in specific hospitals in Kumamoto City, while cases were dispersed across six major hospitals, including a university hospital, in Okayama City. While Okayama City’s system contributes to improving patient access, it still limits the accumulation of specialized knowledge and the improvement of bed utilization rates. Kumamoto City’s differentiated system achieves both high utilization rates and enhanced specialization, and to introduce this in Okayama City, it will be necessary to adjust doctor deployments in line with the reorganization of medical departments, foster cooperation and understanding with local medical institutions, establish a transfer system, and design management incentives. Going forward, it will be important to optimize regional medical care through the gradual consolidation of specialized medical departments, regional bed management, and the establishment of a PDCA system.

Correspondence to : Hidenobu HITSUISHI

Master’s Program in Health and Welfare Services Management
Graduate School of Health and Welfare Services Administration
Kawasaki University of Medical Welfare
288 Matsushima, Kurashiki, 701-0193, Japan
E-mail：h-hitsuishi@mw.kawasaki-m.ac.jp

（Kawasaki Medical Welfare Journal Vol.36, No.1, 2026 135－147）