

## 中小病院経営 25年目に思うこと

社会医療法人緑社会金田病院

理事長 金田 道弘

伝統ある川崎医科大学神経内科同門会誌には場違いな内容でご迷惑ではないかと毎年案じているが、何故か今年も原稿依頼を頂戴したのでありがたく中小病院の理事長 25年目の心境をお話してみたい。なお、昨年9月から務めている中医協・DPC 評価分科会委員としてではなく、一川崎医科大学卒業生（第4期）のあくまで私見なのでくれぐれも宜しくお願ひしたい。

2008年11月4日の社会保障国民会議最終報告には、「病床機能の選択と集中」、「病床機能の効率化・高度化、地域における医療機能のネットワーク化」、「効率化すべきものは思い切って効率化」とあり、この考えは現在でも踏襲されているらしい。基本的には、医療の質の高い大病院に急性期入院機能を集約したいと国は考えているように思える。大都市圏はそれでいいのかもしれないが、大病院が遠方のため中小病院が助け合いながら医療を担っている全国各地の中山間地の地域医療さらに地域社会は今後どうなっていくのか、危惧の念を覚えざるを得ない。

今回の診療報酬改定について一部マスコミでは、「大病院優遇・中小病院冷遇・開業医差別化」とか、「なんちゃって急性期病院＝自称急性期病院の退場最後通告」などと評している。改定のスローガンのひとつである「医療の質の評価」とは、病院機能の集約化が本格的に始まることを意味している。2年後の診療報酬・介護報酬同時改定では、病院が「医療の質」や「地域における役割」等の評価に基づきさらに厳しく選別される可能性がある。その先に見え隠れするのは「診療の結果」に基づいて診療報酬が決まるいわゆる「P4P」の時代である。

全国の病院のうち200床未満の中小病院数は全体の69%を占め、地域医療の重要な役割を担っている。岡山県でも5つの保健医療圏（二次医療圏）のうち、2医療圏つまり医療圏数で40%にあたる「高梁・新見」、「真庭」保健医療圏では500床以上の大病院が1つもない。これらの大病院がない中山間地では、人口規模に適正化した中小規模の地域医療病院が助け合いながら救急を含む公益性の高い医療を民間病院中心に担っている。岡山県を例に考えてみても大病院だけに急性期病院機能の全てを集約することは現実的に不可能である。もし強行すれば医療崩壊から地域崩壊への連鎖が日本中あちらこちらで発生すること

になるだろう。

今後とも私たち中小病院が経営の健全性と公益性を両立させ、地域医療に貢献するには、最重要課題である医師確保を含め、「医療の質」を地域内でどこまで担保できるかにかかっている。診療報酬連続削減の厳しい経営環境を自身の身を削りやっとの思いで乗り越えてきた中小病院に、すでに近隣の病院同士で戦う余力は残っていないし、戦えば間違いなく深い傷を共に負うことになる。単独での経営努力にも限界がある。しかも人口減少、在院日数の減少、DPCデータ分析による「質と役割の評価」→「医療資源の適正配置」の時代である。これからの病院機能集約化の時代、病院規模にかかわらず近隣の病院同士の危機感の共有と緊密な連携・協働は欠かせない。大病院同士の連携、中小病院同士の連携は、大病院と中小病院との連携に比べ双方に特段の努力が必要となる。ライバル病院と戦って共に滅びるか、それとも連携して役割分担し地域の医療の質を高め、最も大切なそれぞれの職員を守り地域社会に貢献し続けることができるかが私たち病院経営者に今問われているように思う。

「公益に資する」ことが民間病院の存在価値であるとすれば、永続的に社会に貢献できる「病院文化を創造」することこそ私たち病院経営者の夢である。

(中央社会保険医療協議会・DPC評価分科会委員、岡山県保健医療計画策定協議会委員、岡山大学医学部臨床教授)