

研究目的

わが国では病床過剰と病院の機能未分化を要因の一つとした、医療供給の効率の低さが指摘されている。一方、医療供給の中心的役割を担う病院はといえば、厳しい経営環境にあり、とりわけ中小病院においては、その病院数の減少が目立つなど、経営内容の厳しい様子が推測される。

こうした中、医療供給体制の効率化の一環から、機能分化が推進されようとしているが、中小病院は大病院と診療所の狭間でその性格の曖昧さもあり、経営の方向づけが見定めがたい状況にある。

特に急性期医療の急速な高度化で、一部の例外を除いて、中小病院が単独ではこれまでのような経営を維持するのは、難しいとの指摘がなされている程である。

このように中小病院が困難な局面に立たされているのは事実だが、しかしながら一方で病院を巡る環境変化は、中小病院に新たな市場を提供することを見逃してはならない。

例えば機能分化の中では、急性期から療養まで担っていた病院が、急性期だけに特化すれば、亜急性期、療養部分は周辺の病院に任されるなど、他の病院が担っていた領域のうち、行われなくなる部分が新たに現れるという意味で、機能分化は中小病院にとって決して事業縮小を意味しない。

また高齢化の進展によって、従来は福祉分野で限定的に行われていた介護サービスが、介護保険制度の施行によって社会化され、医療と介護が連携・統合された形で大きなマーケットになろうとしている。

このような視点で捉えると、病院を巡る環境変化は中小病院に新たな社会的役割・機能を与えとも言える。

そこで本研究では、中小病院に今後期待される役割・機能を明確にし、それに取り組んでいる病院のケーススタディを行った。経営事例の紹介は、既にいるいろな所でなされており、人材の育成、理念の共有、患者中心の経営、連携などの必要性が指摘されている。本研究のケーススタディでは、そうした事項について、具体的にどう取り組んでいるのかの紹介に努めた。それらを通して、中小病院の今後のあり方に関する議論の一助とすることが、本研究の目的である。

事業実施体制・研究方法

1. 事業実施体制

本事業の実施にあたり、以下の構成による委員会を設置し、本事業に関する意見交換や検討を行い、それを踏まえて研究を推進した。

委員会 (敬省略・五十音順)

委員長	田中 滋 (慶應義塾大学大学院教授)
委員	遠藤 久夫 (学習院大学教授)
	西澤 寛俊 (全日本病院協会 副会長)
事務局	松原 由美 (明治生命フィナンシャルズ研究所 主任研究員)
	柳下 紀子 (明治生命フィナンシャルズ研究所 アソシエイト)

2. 事業実施経過

委員会実施経過

- ・第1回委員会：平成14年9月18日
- ・第2回委員会：平成14年3月12日
- ・第3回委員会：平成15年3月28日

ケーススタディ対象病院および実施経過

平成14年10月から平成15年3月末にかけて、下記の病院へ訪問したほか、その後も電話、手紙、FAX、eメールなどでフォローアップを行った。

病 院 名	所 在 地	ヒアリング対象者
特別医療法人恵仁会くろさわ病院	長野県佐久市	理事長、幹部職員、現場スタッフ
医療法人社団堀尾会熊本託麻台病院	熊本県熊本市	理事長
医療法人社団杏佑会笠井病院	広島県尾道市	理事長
医療法人社団和乃会小倉病院	東京都世田谷区	院長
医療法人社団笠松会有吉病院	福岡県鞍手郡宮田町	理事長、現場スタッフ
医療法人財団寿康会寿康会病院	東京都江東区	理事長、幹部職員、現場スタッフ
医療法人財団天翁会天本病院	東京都多摩市	理事長、幹部職員、現場スタッフ

3. 研究方法

調査研究は、文献調査、ヒアリング調査、および上記委員会での検討を通じて行った。

ケーススタディ対象は以下の2つの観点から選択した。

1つは対象病院が立地する地域特性との関連である。

病院産業は地域産業であるため、地域特性(市場特性)を無視して、病院経

営はあり得ず、地域特性によって病院の経営戦略が大きな影響を受ける。どんな優れた経営モデルを示されても、モデルとして挙げられた病院と、自院の地域特性に乖離があっては、参考となりがたい。本研究ではこうした病院経営の特徴に着目して、同一特性地域における重複選択を避けるため、以下のように地域特性を分類し、その地域毎にケーススタディ対象を選択した。

地域特性は、大きくは地理的要因と市場構造の2つのファクターで分類した。地理的要因は2つ、市場構造は3つに区分けしたため、合計6つの地域分類となった。

まず地理的要因であるが、地価の高低や人口の密集度、交通の発達度合いなどを考慮して、郡部型と都市型に分けた。

市場構造については、対象病院の立地地域における他病院との競合状態、相対的位置付けなどを考慮し、リーダー的存在と見られる大病院の有無を軸に、「リーダー的大病院存在型」と「リーダー的大病院不在型」に分類した。

「リーダー的大病院存在型」とは、地域において、リーダー的立場と思われる大病院が存在し（1病院とは限らない）、その病院をトップとして、病院相互の位置づけが自ずと方向づけされるようなマーケットタイプを指す。例えば、佐久総合病院を中核とした長野県佐久地域や、熊本大学医学部附属病院、国立熊本病院、熊本市市民病院、済生会熊本病院、熊本赤十字病院などが中核となっている熊本地域などが一例である。ここでいうリーダー病院とは、地域で采配を振るう病院という意味ではなく、自他ともに地域におけるリーダー的位置づけを認め合うという程度の意味である。

このような地域では、各病院の役割・機能・連携のあり方などが自ずと形づくられる。

一方「リーダー的大病院不在型」とは、上記のようなリーダー的大病院が存在しない地域を指す。そのため、「リーダー的大病院存在型」と比べ、各病院の位置づけが明確となりにくい。また、地域内が競争的か協調的かによって、自院の機能の選択に大きく影響すると思われる。そこで、明確に区分できるわけではなく、多分に感覚的分類とならざるを得ないが、リーダー的大病院不在型にあっては、これをさらに「協調型」と「競争型」に分けた。

「協調型」の具体例を挙げると、広島県の尾道地域がある。尾道市の場合、人口も10万人程度のためまとまりやすい環境にあり、このような中で、医師会がリードして地域連携を推進している。

これと違って「競争型」は群雄割拠のマーケットである。こうしたマーケットでは、地域医療における各中小病院の位置づけも明確ではなく、それだけに各病院の選択肢は広い。

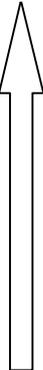
ちなみにリーダー的大病院存在型も、協調型と競争型に分類できるが、ここ

では各病院の位置づけの明確さや選択肢の広さの、およその目安を知る基準なので、煩雑さを避けて6分類のみとした。

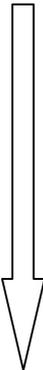
以上をまとめると、表1のとおりである。

表1 地域特性分類

		地理的要因	
		郡部型	都市型
市場構造	リーダー的大病院存在型		
	リーダー的大病院不在型	協調的タイプ	
		競争的タイプ	



位置付け
明確



選択肢大

ケーススタディ抽出にあたっての2つ目の視点は、病院が進む方向(分野)である。機能分化・高齢化が進む中、今後の中小病院の進むべき方向性にはいろいろあるが、その大きな柱の一つに、在宅医療や介護分野重視の経営が考えられる。そこで、本研究では原則、こうした分野に積極的に取り組んでいる病院を、学識経験者、実務家の意見や、専門誌等の文献を参考に選び、その中からヒアリングに応じてくれた病院に対して調査を実施した。

ところで地域特性分類は、基準の取り方によって多様に分けられるが、ここでは機能分化政策推進の過程にあって、中小病院がどのような機能を選択していくのか、その経営事例を見るという立場なので、こうした観点から分類した。

具体的には、急性期、回復期リハビリテーション、長期療養・在宅療養などの機能を、地域と自院の特性との関連で、どのように分担していくべきかを検討する際に、影響を及ぼすと考えられる要素を基準とし、地域特性を分類した。

ケーススタディ対象病院におけるヒアリング対象者は、病院経営上の戦略やそれに対する具体的取組などを把握するため、原則理事長および幹部職員(事務長、施設長、介護部長など)とした。更に、在宅医療や介護分野に携わる現場スタッフ(看護師、ソーシャルワーカー、ヘルパーなど)にも出来る限り話を伺った。

なお、ヒアリング先は、ケーススタディの対象選択だけが目的ではなく、中小病院の実像をより深く探る意味からも、地域基幹病院や他の中小病院も対象とした。その他、診療所、居宅介護事業者、医療関連団体(全日本病院協会、地区医師会等)、金融機関、医薬品卸、医業経営コンサルタント、自治体の高齢者対策担当者にもヒアリングを実施し、中小病院に関わる、出来るだけ多くの

人々から中小病院の経営実態に対する意見聴取を行った。

研究結果

1. 中小病院に今後期待される役割

近年、急性期医療の急速な高度化と、機能分化政策の推進によって、中小病院の役割・機能が根本から問われている。そのため、中小病院のあり方や経営については、様々なところで論じられているが、ここではそうした問題を、中小病院に期待される新たな役割として捉え、考察する。考察するにあたっては、中小病院の特徴、行政の方向性、医療を巡る環境変化という3つの視点から検討を行う。

(1) 中小病院の特徴

まずはじめに、本研究の研究対象である中小病院とは、そもそもどのような特徴を持っているか、どのような位置づけにあり、現在どのような状況にあるのか、その実像を整理・概観する。

中小病院といっても、地域によっては病床が200床近くもあれば、大病院と位置づけられるなど、全てのケースに当てはまる定義は難しいものの、ここでは暫定的に、診療報酬上の区分を参考に、200床未満の病院を中小病院と定義する。

200床未満の病院というと、大病院と診療所の間にはさまれた病院となるが、一口に中小病院といっても、その経営的特徴は多岐にわたる。しかしながら一般論として、その特徴は以下のように集約できよう。

まず長所と考えられる点として、第一に大病院と対比すれば、患者と医療従事者が互いに顔の判る関係でサービス提供が可能という点が挙げられる。

こうした顔の判る関係でサービス提供が出来る状況では、相対的にはアットホームな雰囲気が醸成され、患者からみて、気軽になんでも相談しやすいことにつながり、いわゆるプライマリーケア機能が発揮しやすいと考えられる。

また、こういう顔も名前も判るような病院では、患者の取り違えミスは起こりづらいと思われる。

第二に、診療所と対比すれば、24時間365日のサービス提供体制が取りやすく、チームケアによる一体的ケア提供が可能という点が挙げられる。このような一体的ケアが提供可能である医療機関が身近にあることが、地域に安心感を与え、こうした意味において地域密着型病院として、地域医療に大きく貢献できる存在と言える。

第三は、規模が小さいだけに、経営上小回りが効く。このため、いろいろなアイデアが経営上実行しやすく、かつ直ちに効果を生みやすい。

一方、短所としては、第一に人材の確保が困難なことが挙げられる。医療を提供するのに、医師、看護師の確保が困難であり、また経営上の片腕となる有能な事務長なども確保が難しい。

第二に資金力も大病院と比べて乏しい場合が多い。

人材の確保が困難で資金調達力も充分でないことなどから、第三として近年急速に進む医療の高度化についていくのが難しくなっている。

第四はブランド力もなく、一般病床として特色もない。特に公的病院、大学病院などのブランド力のある病院が地域に存在する場合、その遜色は否めない。

第五にこれらの結果として、経営内容が総じて苦しい傾向にある。

以上は一般論の話であるが、以下では中小病院の特徴の一部を具体的な数値で概観する。

まず全病院に占める中小病院の位置づけを見てみたい。表 2 は全国の病院に占める中小病院の割合を、病床数をベースに見たものと、施設数をベースに見たものである。これを見ると、全病床に占める 200 床未満病院の病床の割合が、36.8%である。中小病院は、わが国の病院の大半を占めるといわれているが、病床数で見ると、意外に少ないことが判る。

これに対して、施設数で見ると、全病院施設数に占める、200 床未満病院施設数の割合は 7 割にも達する。

このように、病床数で見ると 4 割に満たないが、施設数で見ると 7 割にも達するということが、これは中小病院がいかに地域で身近なところに存在し、地域医療を支えているかを示しているものと言えよう。

表 2 全国の病院に占める中小病院の割合 平成 12 年度

病床数			施設数		
全病床	200床未満病床	200床未満病床の割合	全病院	200床未満病院	200床未満病院数の割合
1,647,253	605,744	36.8%	9,266	6,456	69.7%

資料：厚生統計協会「医療施設調査 病院報告」より作成

病床規模別の民間病院数の推移を見たのが表 3 である。民間病院とは国・公立病院を除いた病院全てを指す。平成 2 年と平成 12 年を比べてみると、大病院（200 床以上）も中小病院（200 床未満）も、ともに減少しているが、大病院では 78 施設、率にして 4% 減に対して、中小病院では 709 施設、率にして 11% 減っている。

特に 50 床未満の病院では平成 2 年の 1,901 病院から、平成 12 年には 1,286

病院へと、615 病院、率にして 32%の大幅減で、4 施設に 1 施設はなくなったことになる。

これらの一部には、増・減床して他クラスに移行するケースも含まれるが、全体的には、中小病院はより減少傾向にある。

表 3 病床規模別の民間病院数推移

	H2年 ('90)	H3年 ('91)	H4年 ('92)	H5年 ('93)	H6年 ('94)	H7年 ('95)	H8年 ('96)	H9年 ('97)	H10年 ('98)	H11年 ('99)	H12年 ('00)	減少数 (00-90)	減少率 90/00
病院数合計	8,618	8,587	8,487	8,367	8,260	8,140	8,029	7,958	7,884	7,845	7,831	-787	-9%
50床未満	1,901	1,850	1,753	1,663	1,577	1,497	1,423	1,370	1,317	1,296	1,286	-615	-32%
50～99床	2,272	2,258	2,259	2,242	2,241	2,229	2,213	2,194	2,186	2,183	2,171	-101	-4%
100～199床	2,348	2,356	2,350	2,351	2,350	2,336	2,317	2,323	2,337	2,325	2,355	7	0%
中小病院計	6,521	6,464	6,362	6,256	6,168	6,062	5,953	5,887	5,840	5,804	5,812	-709	-11%
200～299床	1,110	1,124	1,117	1,108	1,087	1,064	1,054	1,091	1,017	1,025	996	-114	-10%
300床以上	987	999	1,008	1,003	1,005	1,014	1,022	1,017	1,027	1,016	1,023	36	4%
大病院計	2,097	2,123	2,125	2,111	2,092	2,078	2,076	2,108	2,044	2,041	2,019	-78	-4%

資料：厚生統計協会「医療施設調査 病院報告」より作成

表 4 は、平均在院日数である。特に、療養病床群を除く一般病床における平均在院日数を見ると、病床規模に関係なく減少傾向にあることが判る。しかし、そのレベルを見てみると、平均在院日数は中小病院の方が長めである。

表 4 平均在院日数

	平均在院日数(日)				
	平成8年 (1996)	平成9年 (1997)	平成10年 (1998)	平成11年 (1999)	平成12年 (2000)
総数	43.7	42.5	40.8	39.8	39.1
精神病床	441.4	423.7	406.4	390.1	376.5
感染症病床	-	-	-	-	9.3
結核病床	119.8	112.5	109.3	102.5	96.2
一般病床	33.5	32.8	31.5	30.8	30.4
療養型病床群を除く一般病床(再掲)	-	-	-	27.2	24.8
49床以下	28.4	27.8	27.2	25.4	25.0
50～99床	41.0	40.3	39.3	31.5	28.3
100～149	44.3	43.2	42.2	35.1	31.1
150～199	43.3	42.3	41.2	33.2	28.6
200～299	37.5	36.5	34.4	28.1	25.1
300～399	28.1	27.4	26.4	23.9	22.0
400～499	26.0	25.4	24.2	22.4	21.5
500～599	26.4	25.7	24.6	23.0	21.7
600～699	24.5	24.4	23.5	22.8	21.4
700～799	30.6	29.9	27.9	26.2	24.5
800～899	28.2	27.0	25.6	23.3	22.5
900床以上	30.3	30.0	28.6	26.5	25.1

資料：厚生統計協会「医療施設調査 病院報告」より作成

次に 1 施設当たり 1 日平均新入院患者数を見たのが表 5 である。この表の一般病床の数値は、療養病床群も含んだ値である。これを見ると、200 床以上では増加傾向にあるのに対し、中小病院ではほぼ横ばいで、大病院と比べ集患力の弱さを感じさせる。

表 5 1 施設当たり 1 日平均新入院患者数

	1施設当たり1日平均新入院患者数				
	平成8年 (1996)	平成9年 (1997)	平成10年 (1998)	平成11年 (1999)	平成12年 (2000)
総数	3.4	3.5	3.6	3.8	3.9
精神病院	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5
一般病院	3.8	3.9	4.1	4.2	4.3
精神病床	0.4	0.5	0.5	0.5	0.5
一般病床	3.7	3.8	4.0	4.1	4.3
49床以下	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
50～99床	1.4	1.4	1.4	1.5	1.5
100～149	2.2	2.2	2.3	2.3	2.4
150～199	3.1	3.2	3.3	3.4	3.6
200～299	4.5	4.6	5.0	5.1	6.1
300～399	8.7	8.8	9.1	9.4	11.2
400～499	11.9	12.3	12.8	13.5	16.4
500～599	15.1	15.1	16.0	16.5	20.6
600～699	17.3	17.6	18.3	18.7	24.9
700～799	18.0	18.6	19.3	20.9	25.5
800～899	20.0	20.2	20.1	21.7	31.0
900床以上	25.5	26.8	28.5	29.7	33.6

資料：厚生統計協会「医療施設調査 病院報告」より作成

表 6 は 1 施設当たりの 1 日平均外来患者数である。

外来患者数は、病床規模に関係なく減少傾向にある。これは、患者負担の増加の影響が出ている可能性も考えられる。ただし、200 床以上の病院であれば、平成 14 年の診療報酬改定により、外来を減らすインセンティブがあるのに対し、中小病院ではそのようなインセンティブはないにも拘らず減っているということで、この面でも中小病院の集患力、つまり患者を集める力の低下が窺える。

表 6 1 施設当たり1日平均外来患者数

	1施設当たり1日平均外来患者数				
	平成8年 (1996)	平成9年 (1997)	平成10年 (1998)	平成11年 (1999)	平成12年 (2000)
総数	233.0	233.8	234.9	238.9	195.3
精神病院	43.1	44.6	45.7	47.9	40.0
一般病院	257.1	257.9	259.3	263.5	215.4
20～29床	98.5	95.8	94.6	96.0	75.8
30～39	104.9	105.0	105.5	104.5	85.0
40～49	115.6	114.2	112.7	113.3	90.0
50～99	132.1	131.1	128.8	130.9	105.2
100～149	171.1	168.8	166.0	165.9	134.8
150～199	221.0	220.8	218.8	223.6	183.6
200～299	293.7	295.9	300.0	305.8	247.9
300～399	521.3	515.0	517.4	532.0	439.2
400～499	716.2	722.5	722.5	740.7	597.6
500～599	858.9	852.0	868.2	888.7	739.0
600～699	969.8	969.9	977.4	962.3	806.2
700～799	970.4	999.5	994.5	1061.9	855.9
800～899	1203.1	1178.7	1121.3	1182.3	1059.4
900床以上	1617.7	1653.9	1698.0	1719.8	1409.3

資料：厚生統計協会「医療施設調査 病院報告」より作成

以上、入院患者と外来患者数の推移を見たが、次に病床利用率を見たのが表7である。これを見ると、150～199床の規模では、200床以上の病院とあまり差が見られないが、49床以下の規模では70%台で推移しており、特に小規模病院ほど病床利用率が低いことが判る。

表 7 病床利用率

	病床利用率 (%)				
	平成8年 (1996)	平成9年 (1997)	平成10年 (1998)	平成11年 (1999)	平成12年 (2000)
総数	84.3	83.9	84.0	84.6	85.2
精神病床	94.3	93.7	93.5	93.2	93.1
感染症病床	-	-	-	-	1.8
結核病床	42.8	42.5	43.5	45.0	43.8
一般病床	83.0	82.7	82.8	83.2	83.8
49床以下	70.4	70.2	70.8	71.7	74.3
50～99床	79.0	79.0	79.6	80.8	81.8
100～149	82.7	82.0	82.1	82.7	83.8
150～199	84.7	83.9	83.9	84.9	85.0
200～299	84.1	83.9	83.5	83.4	84.1
300～399	85.3	84.8	84.7	84.9	85.0
400～499	85.5	84.0	84.1	83.8	83.8
500～599	86.7	86.9	86.7	86.7	87.3
600～699	87.1	86.8	86.9	87.5	87.2
700～799	83.0	85.2	84.7	83.9	84.8
800～899	82.2	85.7	86.5	86.2	86.2
900床以上	81.0	81.2	81.4	81.5	81.7

資料：厚生統計協会「医療施設調査 病院報告」より作成

表 8 は、病床規模別に病院を廃止・休止した数を見たものである。病床規模別で入手できるデータが平成 9 年から平成 10 年にかけてのものしかなかったため、若干データが古いですが、これを見ると、1 年間に廃止・休止した病院が合計で 189 施設にのぼる。そのうち 166 施設が 200 床未満であり、廃止・休止した病院のほぼ 9 割近くが、中小病院であった。

表 8 病床規模別廃止・休止病院数

平成9年10月～平成10年9月

	廃止・休止	
20～29床	20	} 166
30～39	31	
40～49	27	
50～99	65	
100～149	11	
150～199	12	
200～299	10	} 23
300～399	8	
400～499	0	
500～599	4	
600～699	0	
700～799	1	
800～899	0	
900床以上	0	
合計	189	

資料：厚生統計協会「医療施設調査 病院報告」より作成

最後に、医療法人の一般病院における赤字病院の比率を見ると（表 9）、次の通りである。一番右端の過去 6 年間の平均値では、100 床未満の病院において約 3 割が赤字であることが判る。

表 9 医療法人の一般病院における赤字病院比率

	(%)						
	H6	H7	H9	H10	H11	H12	6ヵ年平均
全 体	27.2	25.9	30.3	25.9	26.2	17.9	25.6
99床以下	32.5	29.1	35.0	28.8	28.5	20.0	29.0
100～199床	21.5	23.3	26.0	24.3	22.7	13.5	21.9
200～299床	22.9	21.6	23.7	22.3	29.3	23.1	23.8
300床以上	24.2	17.4	24.1	17.7	20.9	17.8	20.4

資料：厚生労働省医政局 「病院経営指標」より作成

以上、様々なデータを概観し、中小病院の経営内容の一側面を見てきたが、中小病院は大病院と比べて、相対的に経営の苦しい実態が窺え、これまでの経営を踏襲するだけでは、なかなか厳しいものになることが推測されよう。

(2) 行政の方向性

周知のとおり、医療は多くの課題を抱えており、そのため医療行政は多岐に亘っているが、中小病院の今後の経営を考える際に、影響を及ぼすと思われる施策を挙げるとすれば、何といたっても機能分化の推進であろう。急性期医療を集約化し、この面での質的向上を促進するとともに、一方で療養や介護分野の充実を図り、限られた資源を有効活用することを目的としたものである。

急性期について一例を挙げると、手術件数について一定数を満たさないと点数を減額する、平均在院日数短縮化を促進するといった仕組みを導入している。

とりわけ機能分化政策の中で、経営に大きく影響するのは、平成15年8月までに、その他一般病床を、「一般」か「療養」かの病床区分を届け出なければならぬこと、自院がどの機能を担うのか、明確にしなければならぬことになっている。

このような急性期医療の集約化は、必然的に一般病床の削減につながると考えられる。

一方、行政は機能分化を進めるため、連携を促進している。例えば表10にあるように、開放型病院共同指導料、在宅患者入院共同指導料、診療情報提供料など、連携促進のための誘導が診療報酬でなされている。

また、連携の推進においては、介護保険制度の施行もあり、在宅重視の考えが基本にある。

このような行政の方向性は、中小病院に自院の機能の明確化、経営の方向性に対する決断、施設偏重型から在宅重視へのシフトを迫っていると言える。

表10 連携促進のための診療報酬例

開放型病院共同指導料	開放型病院と、開放型病院へ患者を紹介した主治医が共同指導を行った場合に、1日につき算定
在宅患者入院共同指導料	在宅患者が病院に入院した場合で、診療所の当該患者の主治医が病院に赴いて共同指導を行った場合に、入院1月以内は月4回、1月超では月2回に限り算定
診療情報提供料	他の医療機関に対し、文書で患者紹介を行った場合に、それぞれの所定点数を月1回算定
退院指導料	1月超の入院患者又は家族等に対して、退院後の保健医療・福祉サービス等の計画策定、指導を行った場合に、入院中1回に限り算定

(3) 医療を巡る環境変化

ここで述べる医療を巡る環境変化とは、これら環境変化がもたらした医療経営上の問題が、現在においてもなお未解決のまま残り、そうした未解決事象の集積が、今日の病院経営改革を迫っているという観点から指摘するものである。例えば慢性疾患が主流になったという環境変化が生じたのは、昭和30～40年代頃と言える。しかし、介護保険制度が施行されたつい最近まで、社会的入院が大きな問題とされ、一方、急性期が「主」、慢性期が「従」といった医療従事者の意識も払拭されたとは言い難い。つまり、慢性疾患が主流になったという環境変化への対応は依然、病院の経営課題として残っている。

従って、ここに示す環境変化の現象には、今後の経営戦略立案上影響を与えるものとして、昭和30～40年代頃から生じている変化から、つい最近現れた事柄までを含んでいる。

こうした視点で捉える医療を巡る環境変化の第一は、高齢化が進展し、疾病構造が変化していることである。既述のように慢性疾患が主流となり、今後は介護需要が増大すると見込まれている。

かたや、急性期医療は医療技術の進歩などもあって、ますます高度化が進んでいる。

こうした動きの一方で、患者が病院や医師を選ぶ眼はますます厳しくなっている。まだ体系的・組織的とは言えないものの、例えばインターネットを通じて、病院や医師の情報、自分の疾病についても、ある程度の知識を得やすい環境になっており、患者主権強化の流れが、これらを後押ししている。

また、交通、特に地方における道路網の整備は著しい。従来は行きづらかった隣の病院も、アクセスが容易になってきている。つまり、こうした環境変化は、他病院との差別化のない従来通りの漫然とした経営のままでは、自院の地域に住んでいる人々が、必ずしも潜在的な患者ではなくなってしまうことを意味していよう。

最後に、昨今は経済が成熟し、昔のように経済がどんどん拡大成長していく時代は終わり、緩やかな成長、場合によっては横ばいか、やや縮小するケースさえ予想される。もはや積極的な手を打たなくとも、病院の収益が自然に増大していく時代ではない。

(4) 中小病院に今後期待される役割

前節で中小病院の今後の役割を考察するにあたり、3つの側面から検討した。

第一の中小病院の特徴をネガティブな面から捉えれば、それは一言で言うと、経営資源が乏しいということである。したがって、何の工夫もなければ、漸次地盤沈下していく可能性は否定できない。

第二の行政の方向性との関連では、機能および経営の方向性の明確化が迫られており、地域と自院の特性を分析し、独自の経営戦略の確立が迫られている。

第三の医療を巡る環境変化との関わりでは、医療においても、需要構造の変化と消費者（患者）の医療機関を選ぶ眼は厳しくなっており、他医療機関との差別化ないし明確な特色を打ち出しつつ、在宅医療や介護という成長分野への遅滞ない対応が必要である。

このように3つの側面どれを取っても、現在、中小病院が経営上大きな変革期にあり、従来の漠然とした経営のままでは、楽観を許さない現状を示している。

まずこうした事実認識が、中小病院経営者には求められていると言える。

ただ、これらは中小病院が経営の重大な変革期にある点を指摘したままで、中小病院の先行きが暗いという意味ではない。むしろ、医療を巡る環境変化の多くは、中小病院の長所と適合し、中小病院がその長所をうまく発揮出来さえすれば、こうした環境変化はむしろチャンスと捉えられよう。

ところで医療を巡る環境変化で、最大のものは疾病構造の変化からくる需要構造の変化で、それは要するに慢性疾病が主流となり、介護需要が増大していく点である。この結果、従来のように急性期のみを医療と捉えるのではなく、広く慢性期医療、在宅医療、介護を視野に入れたトータルなサービス提供が必要となる。これまで、とかく医療といえば主としてCure（治療）とのみ捉えられがちであったが、今後は急性期、慢性期、在宅医療、介護の一体化したものをヘルスケアと捉え、このヘルスケアを提供することが重要となってくる。

ヘルスケアの中でも高齢化の進展から、慢性期、在宅医療、介護の需要増大が確実視されているが、この分野は患者の生活が大きなウェイトを占めるので、患者の意向を組み込んだケアが求められる。

生活重視のサービス提供は、先に示した中小病院の長所に照らして、中小病院に最も適したところと言えよう（勿論、専門特化できる中小病院はこの限りではないが、専門特化できる病院は全体の中では限られるであろう）。

なお、こうしたサービスをより実効性あるものにするには、急性期が「主」、慢性期は「従」といった考えを捨て、慢性期や在宅医療、介護を含めたヘルスケアを重視するといった、医療供給者側の意識の転換が必要である。

一方、医療を巡る環境変化を視点を変えて捉えれば、地域密着型医療の提供が求められていると思われる。地域密着型医療については、いろいろな捉え方ができようが、24時間365日体制で、何かあれば気軽に地域の患者ニーズに応じ、それを通じて地域という身近なところで利便性と安心を提供することを指す。言い換えれば、患者は入院患者だけではなく地域におり、それら地域患者の在宅を支援する体制でもある。

身近なところに立地し、一定レベルの医療機能を備え、こうしたきめ細かなサービスを提供するには、先に述べた中小病院の特徴から見て、これも中小病院が最も適したところであろう。

以上、医療を巡る環境変化によって、)ヘルスケアの提供、)地域密着型医療の提供が求められているが、中小病院、大病院、診療所などの特徴等に照らして、これら 2 つは中小病院が主導的に担う分野と言える。これが中小病院に今後期待される役割と言え、重要な社会的使命と考えられる。

2. ケーススタディ

以上、中小病院の特徴や行政の方向性、病院を巡る環境変化の観点から、中小病院に期待される役割、したがって方向性について述べてきたが、その中で大きな方向性の一つとして、在宅医療、介護を重視した経営を挙げた。そこで以下では、それを重視した 7 つの経営事例を示す。

ケーススタディ対象の抽出にあたっては、先に述べた分類地域毎に、原則 1 病院を選んだ。この他に、中小病院を独特の見方で捉え、これを実践している例を 1 つ挙げ、計 7 ケースとした。

第一のケースはリーダー的大病院存在型・郡部型で、長野県佐久市のくろさわ病院である(病床 83 床)。この病院は、全国的に有名な佐久総合病院という巨大病院のお膝元で、独自のアイデアを打ち出して介護事業を拡大している例として採り上げた。

第二のケースは同じくリーダー的大病院存在型だが、都市型で、公的大型急性期病院を中心に、連携が進んでいることで有名な熊本市の熊本託麻台病院(病床 142 床)である。受け皿病院にも大型病院が多く、受け皿病院間の競争が激しい中で、地域連携の輪にいかにかビルトインしているかの例として選んだ。

第三のケースは、リーダー的大病院不在で協調型・郡部型の広島県尾道市のケースである。医師会を中心とした地域連携で知られる尾道市において、中小病院がいかにか在宅医療・介護に取り組んでいるかの例として、笠井病院を採り上げた。

第四のケースは、リーダー的大病院不在で都市型の東京都世田谷区に立地する小倉病院(病床 106 床)のケースである。東京 23 区という経営環境の厳しい中で、中小病院が急性期病院として自立していく姿を示した。

第五のケースは、リーダー的大病院不在の競争型で、福岡県鞍手郡宮田町という北九州市と福岡市の間郡部における有吉病院の例である。この病院は 146 床全床を療養型に転換した病院で、現在待機者も多く、比較的採算も良いと言われている療養型病床において、5 年後、10 年後の競争激化を先読みして、療

養型病床の競争力強化に着手したモデルである。

第六のケースは、リーダー的大病院不在の競争型・都市型で、東京都江東区の寿康会病院（病床 49 床）のケースである。大都市部は土地が高く、地方と比べ療養型や介護施設を持つことが困難なため、独特の悩みを持つ地域だが、そこでダウンサイジングを図り、連携を促進させることで大都市型の課題解決を図っている、大都市部の例として採り上げた。

最後は、東京都多摩市の天本病院（病床 86 床）のケースである。地域密着型病院の一つのあり方として、それを実践している例を紹介する。