

公開セミナー

「地域医療における自治体病院のあり方」

～官民連携の可能性～

平成20年3月

北海道大学公共政策大学院

日本政策投資銀行北海道支店

「地域医療における自治体病院のあり方」～官民連携の可能性～

1. 開催日時:平成 20 年1月 12 日(土) 14:00 ～ 17:00

2. 場 所:日本生命札幌ビル 3階大会議室

3. プログラム:

(1) 開会ご挨拶(14:00～14:05)

日本政策投資銀行北海道支店 次長 丑田 健滋

(2) 基調報告(14:05～14:55)

「自治体病院はどこへいく」 徳島県 病院事業管理者 塩谷 泰一 氏

(3) ご報告 「公営企業分野における官民連携の動き」(14:55～15:20)

日本政策投資銀行 公共ソリューション部 課長 清水 博

休憩(15:20～15:30)

(4) パネルディスカッション 「地域医療における自治体病院のあり方」(15:30～17:00)

パネリスト	徳島県 病院事業管理者	塩谷 泰一 氏
	福島県 三春町 財務課長	遠藤 誠作 氏
	中頓別町国民健康保険病院 院長	住友 和弘 氏
	北海道大学公共政策大学院	石井 吉春 教授
コーディネーター	北海道大学公共政策大学院	佐藤 雅代 特任准教授

<出演者紹介>



基調講演・パネリスト 徳島県 病院事業管理者 塩谷 泰一 氏

徳島大学医学部卒業。米国インディアナ大学がん研究所、香川大学第一内科を経て91年香川県坂出市立病院院長に就任。「日本一の赤字病院」をわずか数年間で全国でも有数の黒字自治体病院へと再建。2005年同院名誉院長、徳島県病院事業管理者に就任。著書に『もっと病院「変わらなきゃ」マニュアル』がある。



パネリスト 福島県 三春町 財務課長 遠藤 誠作 氏

東北大学大学院農学研究科修了。1970年三春町入り。上下水道課長、企業局長、行財政改革室長等を経て現職。厚生科学審議会臨時委員(厚労省)、生活環境審議会専門委員、総務省の地方公営企業経営アドバイザー、下水道財政のあり方に関する研究会委員、21世紀を展望した公営企業の戦略研究会幹事、農水省農業総研駐村研究員等を歴任。著書に『中小規模上下水道経営入門』等がある。



パネリスト 中頓別町国民健康保険病院 院長 住友 和弘 氏

中頓別町出身。循環器科の医師。平成8年獨協医科大学卒業。旭川医科大学第1内科入局。その後名寄市立総合病院、士別総合病院、旭川リハビリテーション病院(旭川市)などを経て平成16年より現職。NPO法人中頓別森林療法研究会理事長も務める。中頓別町の豊かな森林を生かしウォーキング・プログラムを実施。



パネリスト 北海道大学公共政策大学院 石井 吉春 教授

一橋大学商学部卒業。1976年北海道東北開発公庫入庫。日本政策投資銀行地域政策研究センター副所長、同行四国支店長などを経て、2005年より現職。専門は地域経済、地域金融論。「公民連携による新たな地域創造」(編著)などがある。



コーディネーター 北海道大学公共政策大学院 佐藤 雅代 特任准教授

大阪大学大学院・国際公共政策研究科博士後期課程修了。名古屋市立大学経済学部附属経済研究所、国立社会保障・人口問題研究所を経て現職。専門は経済学、財政学、社会保障論。「生涯医療費の推計—リスクと負担—」などの論文がある。

目 次

1. 基調報告 「自治体病院はどこへいく」
徳島県 病院事業管理者 塩谷 泰一 氏 4
2. ご報告 「公営企業分野における官民連携の動き」
日本政策投資銀行 公共ソリューション部 課長 清水 博 25
3. パネルディスカッション「地域医療における自治体病院のあり方」 . . . 32

パネリスト

徳島県 病院事業管理者	塩谷 泰一 氏
福島県 三春町 財務課長	遠藤 誠作 氏
中頓別町国民健康保険病院 院長	住友 和弘 氏
北海道大学公共政策大学院	石井 吉春 教授

コーディネーター

北海道大学公共政策大学院	佐藤 雅代 特任准教授
--------------	-------------

※ 会場からの質問と回答 61
--------------	--------------

- ・北海道大学公共政策大学院 石井 吉春 教授 資料 68
- ・福島県 三春町 財務課長 遠藤 誠作 氏 資料 76

－ 本資料に関するお問い合わせ －

- ・ 日本政策投資銀行 北海道支店 企画調査課 011-241-4117
- ・ 北海道大学公共政策大学院 特任准教授 佐藤雅代 011-706-4714

※本資料は平成19年度文部科学省科学研究費補助金(若手研究(B))『前期高齢者医療費の比較からみた保健事業の効果測定』(研究代表者:佐藤雅代)の助成を受けて作成されました。

徳島県 病院事業管理者 塩谷 泰一 氏

私は 1991 年から 2004 年まで 13 年間、四国、香川県の坂出市立病院の院長をやっていました。今日の話の 3 分の 1 は、坂出市立病院でのこと。2005 年からは徳島へ移りました。徳島県立病院は、徳島市にある県立中央病院、かつて高校野球で有名だった池田高校がある旧池田町（現三好市）に存在する県立三好病院。室戸岬にほど近い高知県境に接し過疎化と高齢化が進展する海部郡に存在する県立海部病院。これら 3 つの県立病院の病院事業管理者をやっていますので、その話を 3 分の 1。あとの 3 分の 1 は、自治体病院のこれからの在り方に対する私の思いをお話したいと思います。

●自治体病院はどこへいく

矛盾の多い診療報酬制度や納得のいかない公立病院改革ガイドラインに象徴される医療制度改革の嵐のなか、住民からは安全・安心・納得の医療とともに厳しい倫理観を求められています。このような時代にあつて、皆さん方が勤務している病院は、これからどこへ行こうとしているのでしょうか。それ以前の問題として、今現在、どこにいるのですか。

特に、自治体病院には、たくさんの「ヒト・カネ・モノ」が投入されています。60%を超えようかという人件費比率、年間 7,000 億円もの繰入金、高額の医療機器とホテルのようなと比喻される豪華な病院建設。これだけ多くの「ヒト・カネ・モノ」をつぎ込みながら、自分の病院が「今どこにいて、これからどこに行こうとするのか」を認識していなければ、“自治体病院丸”が沈没し、映画「タイタニック」のディカプリオになってしまうのは目に見えています。ディカプリオはまだよかった、死ぬときにきれいな女性がそばにいてくれた。しかし、自治体病院はきれいな女性はそばにいてくれません。事実、福岡県立病院は廃止や民間委譲されました。沖縄県立の南部病院も民間委譲。横浜市立も指定管理者制度でしょう。公立病院改革ガイドラインによって公設民営化でしょう。



●時代の要請

では、何を抛りどころに、何を医療のユートピアとしてやっていったらよいのでしょうか。それには“時代の要請”をしっかりと認識することだと思っております。このことを頭の片隅にでも置いて仕事をするのと、頭のなかに全くなくて仕事をするのでは、同じ仕事をして

も「生ずる結果は絶対違う」と信じています。

では、時代は今我々に何を求めているか。いろいろなことが医療に関して言われていますが、私なりにまとめれば、今時代は、「医療の質と透明性、そして効率性」を求めているのです。これに日々の仕事でどう応えていくか。しかも、それは、職員一人ひとりの努力に依存するのでは



なく、病院がルールを引いて、職員がそのルールにのっとって仕事をすれば、何気なくやっている日々の仕事そのものが、実は“時代の要請”に応えているのだというシステムを、院長としてどう創っていくか。ここが勝負です。

もう1つこのスライドで言っているのが、職員には、「医療」をほかの言葉に置き換えて考えてほしい。我々医療職は医療のことしか考えない。言葉は悪いですが、「専門ばか」と言われる。それに対して反論するためにも、「医療」をほかの言葉に置き換えて考える習慣を持とう。例えば、今、時代は「行政」の質を、「行政」の透明性を、「行政」の効率性を求めています。今、時代は「議会」の質を、「議会」の透明性を、「議会」の効率性を求めているでしょう。今、時代は「企業」の質を、「企業」の透明性を、「企業」の効率性を求めているでしょう。だから医療を一生懸命やれば行政のことも分かるし、医療を一生懸命やれば世の中のことも分かるのだということをずっと言い続けています。

●病院廃止勧告を受けた坂出市立病院

頭の中に、そのように「時代の要請に応える」という意識も何もなくて、ルールも何も引かず、日常性に埋没した仕事をやっていた病院が、今から20年ぐらい前にありました。それが坂出市立病院です。私はこの病院へ1991年の9月に赴任しました。院長になった日に市長に初めてお会いして、「病院が破産状態である」ということを聞かされました。不良債務が25億円、不良債務比率が125%。当時の全国の自治体病院でワーストワンです。

第2位の不良債務比率の病院、北海道のある町立病院でしたが、第2位でさえ10%を超えていない。「我々は第2位を100%以上引き離れた日本一の赤字病院。院長、どうだ」と市長から言われてびっくりしたわけです。しかし、どうにかなるだろうと高をくくっていました。



何せ、落ちぶれきった病院ですから、「これ以上悪くなることはない」と思っていました。しかし、それから1週間後、それ以上に悪いことが起こりました。「自治省から廃止勧告」が届きました。「日本一の赤字を出して、安かろう悪かろうの医療をやって、住民からの信頼を失った病院は、存続する必要はない。病院を廃止しなさい」。私が院長になって1週間目です。院長になった初日に日本一の赤字を聞かされ、1週間たったら「潰しなさい!」。私にとって、青天の霹靂（へきれき）でした。

●なぜ、これほどまでに落ちぶれてしまったのか。

なぜ、自治体病院でありながらこれほどまでに落ちぶれてしまったのか。具体的には、5つの問題がありました。これらは坂出市立病院に限定された問題ではなく、徳島県立病院をはじめとした全国の自治体病院が共通して抱えている問題です。



第一には、最近でこそ、どこの病院でも理念は当たり前で作っていますが、当時は理念がありませんでした。病院に基本理念がない。あっても、その意味を理解していないことでした。自治体病院は、議会の議決、つまり住民の要請を受けて設置・運営されており、それに応え得る医療施策を遂行する責務があります。にもかかわらず、病院にはその存在意義

を明確に定めた「基本理念」はなく、ただ漫然と運営されていたのです。目指すべきものがなければ、組織活性化のエネルギーが湧き出てくるはずがありません。

理念とは、「すべての職員の共通の価値観であり、行動指針」なのです。ですから、院内でおこなわれるさまざまな会議や取り組みなど、何のためにやっているのか。それは、理念の実現のためです。しかし、一般的に、職員は「あなたにとって、あなたの病院の理念とは何ですか」と聞かれたときに、その職種、職位に置きかえて理念の意味を答えることができない。これは組織としては致命的です。

二番目の問題は、明確・具体的・達成可能な組織目標がなかったことです。

当時の首脳陣は、病院が巨額の赤字を抱えていることは知っていました。どうにかしなければならぬことも分かっていました。しかし、やったことといえば、職員に「赤字だ！赤字だ！困った！困った！」と病院の窮状を直情的に訴え、「頑張れ！頑張れ！」と盲目的な努力を強いるだけでした。何ら、明確で具体的で達成可能な、行動指針としての目標を提示することがなかったのです。

第三は、品質管理システムの欠如です。

私は、医療も「製品」だと思っています。手に取っては見えませんが、我々は1日24時

間、1年365日、診断・治療・看護・病院管理という「製品」を生み出しています。つまり、医療を「製品」と定義すれば、それは、企業が生み出している「製品」と全く同一です。

では企業は、自社製品の品質管理にどれほど力を入れているか。このペットボトル飲料水は、たかだか120円の製品ですが、このなかに“ゴミ”や“カビ”や“ガラスの破片”が混じっていたら、この会社は潰れます。一連の偽装問題、赤福にしても船場吉兆にしても、同様です。つまり、企業にとって、自らが作り出す「製品」の品質管理は、まさに、「生きるか死ぬか」の重要な作業なのです。

にもかかわらず、当時の坂出市立病院、今の徳島県立病院もそうですが、医療は「製品」という認識がない。救急体制をどうするのか、夜間看護体制をどうするのか、院内に数ある委員会のあり方をどうするのか。情報開示に対してどうアプローチし、医療過誤の問題にどう対処していくのか。そういう品質管理のシステムがなければ、良い医療なんかできるわけがない。致命的です。

四番目の問題は、病院に一体感がなかったことです。

医師や看護職員は医療や看護のことしか頭になく、病院運営のことを考えようとしなかった。特に医師たちは、「医学的に正しい医療」をやっていれば非難される筋合いはない、と開き直っている。「医学的に正しい医療」をするのは当たり前のことです、しかし、我々自治体病院としては、人口6万人弱の地方都市にあって、「医学的に正しい医療」だけではダメです。地域の歴史や文化、患者さんの生活背景、そういうことを認識した医療。つまり、「社会的に正しい医療」を、自治体病院は実践する責任があると思っていますが、彼らは、そのことを理解しない。

一方、私は、事務方というのは、医療現場へ足を運んで医療職以上に医療のことがわかってはじめて事務としてのプロフェッションを発揮出来ると確信していますが、彼らは病棟へ足を運ぶことなく、本庁の方ばかり見ている。つまり、医療職と事務職は相互理解に乏しく、組織は空中分解していたのです。

そして第五の問題は、責任転嫁の体質にありました。

地域社会や組織へのコミットメントと自己責任が求められる時代ですが、当時の職員は「我がの飯のこと」しか考えず、経営不振に対する謙虚な反省はありませんでした。「私たちはそれなりに頑張ってきた。悪いのは誰それだ！」と、責任転嫁に終始していたのです。看護師たちは、「私たちは一生懸命頑張ってきた。悪いのは医師だ」と言うのです。医師は院長が、院長は事務方が、事務方は事務局長が、事務局長は坂出市が、坂出市は病院が悪い。堂々めぐりの責任転嫁。院内のやる気は消えうせ、誰もが夢と希望をなくしていたのです。

●塔を建てて、道を創る

このように、旧態依然とした日常業務に何の疑問も抱かない、「日常性への埋没」こそが、病院低迷の元凶だったのです。

10年、20年と続けてきた仕事のやり方に何の疑問も抱かない。周囲の医療環境や住民のニーズ、医療に対する時代の要請が変わろうとも我関せず。どっぷりと安住の世界に浸り切っていました。労働組合は、権利をしっかりと主張する一方で、やって当たり前の義務を果たそうとしない。確かに行政としては、昨日やったことと同じことを今日もやり、今日やったことと同じことを明日もやる、これは非常に大事なこと。だけどそれプラス、昨日とは違う今日を、今日とは違う明日をつくっていかうということです。そういう「日常性への埋没」から脱却させるためには、「塔を建てて、道を創る」ことです。

塔は誰が見ても、「美しく、大きく、はっきり」と見え、「そこに行きたい」と思うものでなければなりません。道は、1本より2本、2本より3本のほうがよい。道は、真っ直ぐより曲がりくねった道がよい。曲がりくねった道を自分の足で歩いて行くことによって、医療人として人間として成長する。そのような「塔を建て、道を創る」ことが、院長としての責務なのであり、それを坂出で14年間継続し、そして現在、徳島でもおこなっています。

塔は誰が見ても、「美しく、大きく、はっきり」と見え、「そこに行きたい」と思うものでなければなりません。道は、1本より2本、2本より3本のほうがよい。道は、真っ直ぐより曲がりくねった道がよい。曲がりくねった道を自分の足で歩いて行くことによって、医療人として人間として成長する。そのような「塔を建て、道を創る」ことが、院長としての責務なのであり、それを坂出で14年間継続し、そして現在、徳島でもおこなっています。

●心の共鳴現象を起こせ

職種横断的な組織としてのさまざまな部会を作ったのです。いわゆるQC活動とかTQMとかいうものです。正規の職員はもちろんのこと、臨時も嘱託も委託の職員も、すべての人々がいずれかの部会に属します。例えば、“きれいにする部会”では、昼休みには病院の外へ出てドブ掃除や駐車場の掃除、玄関やロビーの清掃をします。イベントのあとでは、医師が率先して掃除をする。日頃、

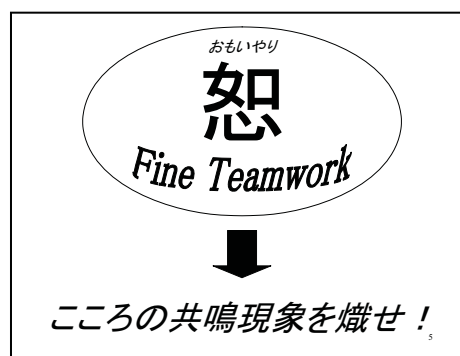
「指示出しが遅い、協力してもらえない」などと看護師が嫌がっていた医師も参加します。こうやって掃除をしていけば、日ごろうっとうしい先生だなと看護師さんが思っている、掃除をやらせたら案外うまいではないか。看護師はその医師の良さを発見し、溝が埋まり、コミュニケーションが取れるようになり、セクショナリズムの壁が崩壊し、心の共鳴現象を起こすことができます。ファインチームワークで支える思いやりの心です。

塔を建てて、道を創る

～全員参加の病院運営～

- 病院基本理念、看護部基本理念
- 全員参加の健全経営推進8部会
- 年度目標発表会、年次実績報告会、
- 医療職参加の予算編成、職種別損益計算
- 民間病院との交流勉強会、院内研究発表会
- オーダリングシステム、電子カルテ、遠隔医療
- 救急隊員を囲む会、末期医療勉強会、安全管理
- 離島・へき地巡回診療、すこやかライフ支援室
- 私のカルテ、朝のまごころ放送、縛らない看護
- 医療機能評価受審、ボランティアの会、患者の会
- ICT、NST、ACLS、診療監査・・・プロジェクトチーム

3



●医療はサッカーだ

私は、「医療はサッカー」だと思います。

サッカー選手は、それぞれ専門性を持っています。FWの専門性はシュート、DFの専門性はディフェンス、GKの専門性はゴールを死守すること。しかし、自分のチームがピンチに陥ったときに、「僕の仕事はシュートをすることで、ディフェンスじゃない」と言って、ディフェンスに回らないFWはいない。DFにしても、目の前にチャンスボール

が来たときに、「僕の仕事はディフェンスであって、シュートをすることじゃない」と言って、シュートを放たないDFはいないはず。つまり、彼らは自らの専門性を発揮するのは当然のこと、「スペースを埋める仕事」をしている。何のためにそれをやっているのか。「チームの勝利」のためです。

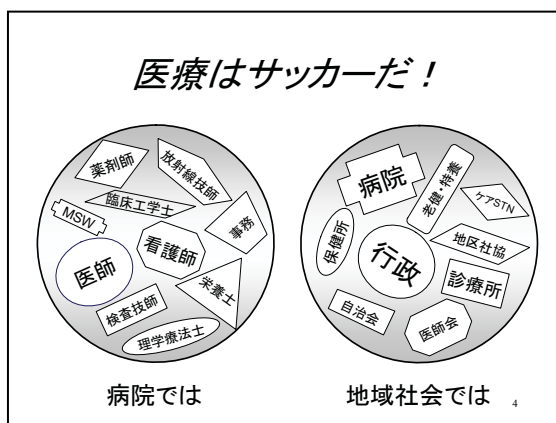
それと同じように、病院には、FWとしての医師がいて、DFとしての看護師がいて、GKとしての事務方がいます。そして、病院には埋めなければならないスペースが沢山あります。それぞれが専門性をしっかりと発揮するのは当然ですが、病院にはだれかがカバーしなければならない境界領域の大切な仕事があり、そのスペースを埋めなければ、いい医療なんか、チームの勝利なんかあり得ません。

地域でも同様に、医療と福祉と介護の谷間がある。そのようなスペースを、税が投入されている自治体病院が埋めなくて、だれが埋めるのか。スペースを埋めなければ、良い医療なんてできるわけがなく、また、医療と福祉の狭間で困っている人たちを支援することなどできるはずもなく、チームの勝利としての「住民から信頼される医療」を実現できるはずがありません。その表現形として坂出では、15年前から瀬戸内海の島々に巡回診療にでかけています。産婦人科の医師を除いたすべての医師に行ってもらっています。私も毎週木曜日、出かけて行きました。全く不採算ですが、こういうことも非常に大事です。

そのように行動することで、我々は、「心の共鳴現象」を起こすことができたと思います。どこの病院も人手が少ない、クソがつくぐらい忙しい。ネコの手も借りたい。みんなそう思っています。しかし、「なぜ忙しいのか」を考えたことがあるでしょうか。それは、1人+1人=2人ではなく、1.5人にもなっていないからです。2人で1.5人分の仕事もできていない。だから、皆、忙しい！忙しい！サッカーをしないからです。しかし、すべての職員がベクトル合わせ、サッカーをすれば、1人+1人は1.5人になり2人になり、私が坂出を去るころには、最終的には3人にまでなりました。

●経営も医療レベルも改善した

そういうことをやってきて、経営はどうなったか。病院単独の経営努力を反映するものは、

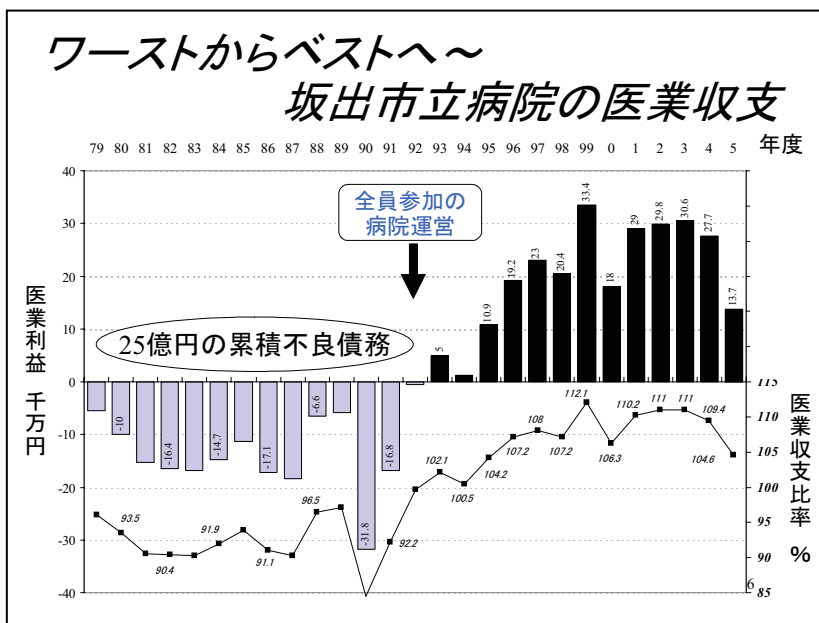


行政からの繰入金を収益とみなす「経常収支」ではなく、それを除外したもの、つまり、「医業収支」です。貧乏な坂出市は、ほとんど繰入金をくれません。平成17年度は、自治体病院でありながら、繰入金ゼロですよ。

坂出市立病院の「医業収支」は、昭和54年から平成3年まで、13

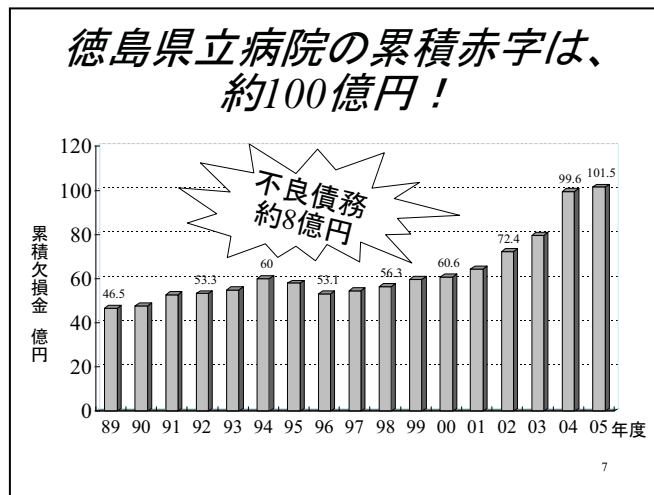
年連続の赤字。毎年数億円の損失を生じ、その総額は25億円に膨らんでいました。しかし、職員が努力してくれた結果、平成5年度決算から13年連続の黒字決算です。「医業収支比率」は、平成2年度の全国最低ランクの84%から平成11年度は100床以上の自治体病院では第1位の112%となり、その後、ずっとベスト5に入っています。そして、不良債務は解消したのです。最下位からトップ。本当に職員はよくやってくれました。やればできる。

経営面だけではありません。医療機能評価がすべて、病院の質的レベルを反映しているとは思いませんが、一つの指標として、医療機能評価評点の偏差値を見てみると、結果的に、四国で一番でした。かつて「坂出市立病院に入院すると、殺される」と言った看護師が勤務する病院が、経営的にも日本トップになって、医療機能評価の偏差値も四国で一番になる。やればできるということですね。



●そして、徳島県立病院へ

そして、平成17年度からは徳島県立病院の事業管理者として勤務するようになりました。ちょっと休憩したらいいのですが、私も貧乏性ですから、また100億円の赤字を背負ってしまいました。それまで地方公営企業法の一部適用だったのですが、全部適用にして、事業管理者を置いてやろうということです。徳島県立病院は生まれ変わるか、人を置いただけで変わるはずがない、そんな甘いものではありません。



責任転嫁の体質で、品質管理システムはない。理念はあるが、理念の定義ができていない。達成可能で明確な目標提示はない。組織の一体感がない。まさに坂出市立病院と同じ。

● 県立病院は、三つでひとつ

3つの県立病院は徳島県という同じ開設母体でありながら、てんでバラバラ。いわば、兄弟でありながら、弟や妹が困ろうとも、兄ちゃんは今全くカバーも何もしなかった。弟や妹も相談することはなく、助けてとも言わない。それはダメだ、「県立病院は、三つでひとつ」というスローガンを掲げ、お互いに助け合ったり情報を共有することにしました。



医療資源の有効活用、物品購入であるとか、いろいろなことをずっとやってきました。

例えば、高知県境の過疎地にある海部病院は勤務医不足が深刻で、小児科医はゼロになり、産婦人科医もいなくなりました。「県立病院は、三つでひとつ」ですから、「応援診療をしよう」ということで、まずはじめに、6月に県立中央病院の院長自らが週一回の応援診療を開始しました。おそらく、県立中央病院の院長が出かけて行くというのは、全国の都道府県立中央病院ではないことです。院長が率先垂範で行動すれば、当然、部長たちも応援診療に出かけて行くと思っていました。しかし、いつまでたっても行かない。しびれを切らして、部長たちに「行かないかん！」と指示してやっと10月に、月曜から金曜までの内科や小児科の応援診療が始まりました。このあたりが組織風土の問題です。

「県立病院は、三つでひとつ」。その表現形として、県立病院学会も去年から開催しています。看護服も統一しました。普通に考えれば当たり前のことを、当たり前になっていない。「当たり前のことを、当たり前にする。それがプロだ」と野村監督が言っていました、ただし、その大前提として「相手の気持ちを分かる心を持ちながら」ということも言われています。

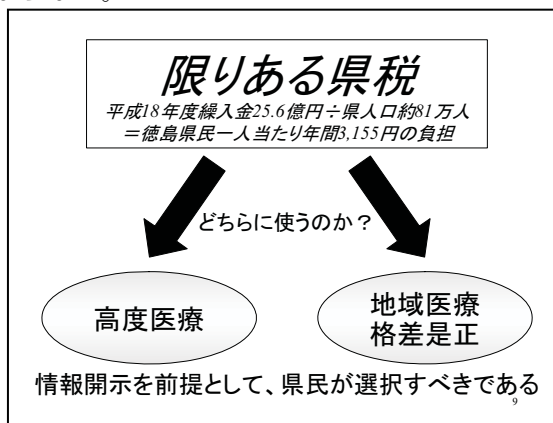
● 県民への情報公開

今、繰入金の問題が議論されていますが、徳島県立病院は全体で約25億円投入されています。それを徳島県の人口の81万で割れば、県民は1人当たり約3,000円負担しています。1年間で3,000円、1日で10円弱です。これが「多いか、少ないか」です。わずか3,000円しか払っていないのに、そこまで要求していいのかという気持ちもありますし、3,000円もいただいているという気持ちもありますし、どう理解していくか。

いずれにせよ、1年間でいただいているお金25億円を、「地域医療の格差の是正」に使うのか、「高度医療」に使うのかです、このことは、私は、情報開示を前提として、県民が選

択すべきだと思うのです。我々が決めてはならない。

そのためには、情報開示が必要です。病院は今こういう状況で、こういうことに困っていて、こういうことがやりたい。これもしなければいけない、あれもしなければいけない。あなたたちは3,000円くれているが、その3,000円の使い道はどうしたらいいのですか。それを問い掛ける作業が、実は、いままで、全国の自治体病院に欠如していたのです。



我々は、住民に問い掛ける作業を色々やってきました。「県立病院をよくする会」。サポーターの会ですが、それをつくりました。これで情報開示をやっていく。あるいは、いいことも悪いこともどんどん地元のプレスに発表して、新聞に載せてもらう。マスコミを通じて、我々のことを県民に知ってもらう。

海部病院の運営会議には、地元の役場の職員に出席してもらっています。三好病院でも地元自治体の職員に出席してもらう。我々が議論したことを持ち帰って、役場や井戸端会議で話してもらう。今年の4月からは、住民に入ってもらおうと思っています。

婦人会長とかは入れたらいけないのです。住民にとって婦人会長は別世界の人ですから。大根屋のおばさんとか、農家のおばあちゃんとかを連れてこようと思います。そして、我々は何に困っているのか、どうしたいのかと、そういうこともどんどん情報開示をしていこう。マスコミにも、我々の県立病院がどれだけ改革してきたのかをこれも取り上げてもらう。こういうネットワークのミーティングもやっていこう。

徳島県は全国で人口10万人当たり医師数は全国第2位の多さですが、勤務医不足、診療科偏在や地域偏在は、徳島県でも同じです。高知県境の海部病院では、悪いことにお産が休診になりました。それまで18人いた医者が、今は9人に減りました。小児科がなくなり産科がなくなりました。どうしてこういう実態になったのか。地元新聞記者に、ぜひ特集を組んで、その状況を報道してほしいとお願いして、記事に連載してもらいました。

県会議員や町長さんや医師会長や全部集まって、みんなで議論をしよう。そして、南部圏域医療問題検討協議会というのをつくりました。こうこうこういう問題があるのだ、それをどう解決していくのか。とにかく情報を出していく。公開講座もやって、何を考えてどうやっているのかを伝える。自治医大の学長にも来てもらって、徳島県知事もシンポジストになってもらって、「県民のフォーラム」をやりました。1,000人ぐらい参加してくれました。

とにかく、「困った！困った！」と我々だけで悩まずに、みんなで一体となってやっていこうというスタンスです。

●10年振りの黒字決算

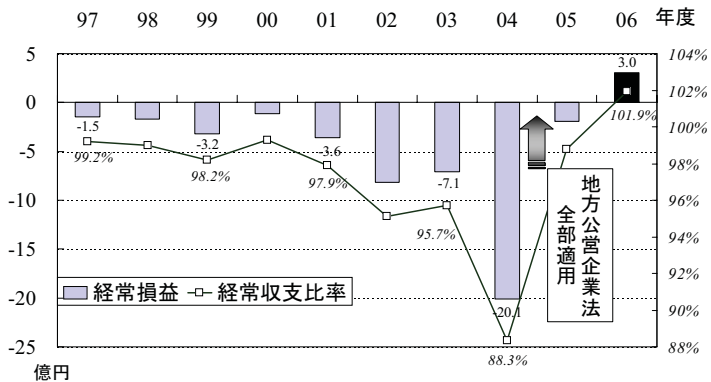
このように全員参加の病院運営によって、地方公営企業法全部適用をした2年目からは10年ぶりの黒字になりました。赤字時代と同じ人を使いながら、気持ちを入れ変えただけで、黒字になるということです。

坂出と徳島の経験から、私は自治体病院の職員は、民間病院の人に比べて「資質」がある

と確信しました。どこの自治体病院でも、みんなどうにかしなければいけないと思っています。ただ、どう一歩を踏み出していいかわからない。職員がその一歩を踏み出すために、背中をぼんと押してやる役割が、院長であり管理者ではないかと思っています。

坂出は、黒字になって医療機能評価も四国一番になった。徳島でも、10年振りの黒字決算になりました。しかし、我々にとって、決して黒字が本質ではないわけです。住民から信頼されるような医療が、本質。その意味からも、時代の要請である「医療の質と透明性と効率性」に分類して、全適後2年間の我々県立3病院の取り組みをリストアップしてみると、愕然としました。

10年振りの黒字決算だが...



徳島県立3病院年次決算

医療の透明性への取り組みが不足！

医療の質				透明性	効率性
医療技術	人間関係	アメニティ	地域社会		
3病院共通	●チーム医療の充実	●患者の権利委員の制定	●院内持ち物の整理・整頓	●創立病院を長くする会の開催	●ホームページの開設
	●医療推進活動の増加	●ヒヤリハット報告会の開催	●トイレ清掃のサーベイ開始	●病院ボランティアの募集・活動開始	●テレビ・新聞等による創立病院の状況の公開
中央病院	●病院再編協議会の作成	●安全管理院内ラウンドを開始	●廊下壁面の塗り直し	●リアージ訓練の実施	●各種研修会への講師派遣
	●指定看護課長の方針の策定	●患者意見箱の設置	●院長以下幹部による院内巡視の開始	●市民公開講座の開催	●各種研修会への講師派遣
三好病院	●創立病院学会の開催	●苦情に対する回答書	●感染性医療廃棄物の分別徹底	●各種研修会への講師派遣	●各種研修会への講師派遣
	●臨床検査技師による院内巡回	●看護師・管理栄養士の病院訪問開始	●汚物処理室の整理・整頓	●総合メディカルシートの整備に向けた協議開始	●各種研修会への講師派遣
海部病院	●入院維持費の削減	●全病棟での看護写真の掲示	●ゆって合・我が里親会	●総合メディカルシートの整備に向けた協議開始	●各種研修会への講師派遣
	●総合診療科がん診療連携推進委員会の設置	●セカトオビニオン外来の開設	●病棟トイレの設備改善	●地域医療支援病院の名称使用開始	●セカトオビニオン外来の開設
3好病院	●形成外科の開設	●患者回廊コーナーの設置	●総合受付窓口等エントランスの設備・環境改善	●地域連携推進委員会ネットワークミーティングの開催	●セカトオビニオン外来の開設
	●マルチCTの導入	●ゆまもも看護相談室の開設	●予約枠拡大・早出勤の実施等	●地域連携推進委員会ネットワークミーティングの開催	●セカトオビニオン外来の開設
中央病院	●診療外来の開始	●予約患者診察状況の周知	●CT・MRIの稼働率向上により検査待ち日数を短縮	●地域連携推進委員会との病院・診療所訪問の実施	●セカトオビニオン外来の開設
	●検査室の稼働率確保研修の実施として研修医定員を大幅増加	●会計支払システムの変更	●精神科病棟チームの環境改善	●地域連携推進委員会との病院・診療所訪問の実施	●セカトオビニオン外来の開設
3好病院	●がん化学療法プロトコル登録	●総合相談窓口の開設	●敷地内整備の実施	●DAMATの設置及び訓練実施	●セカトオビニオン外来の開設
	●手術室による抗がん剤注射訓練	●がん再発コントロールマニュアルの作成	●民間訪問看護ステーション看護婦との交流	●DAMATの設置及び訓練実施	●セカトオビニオン外来の開設
中央病院	●がん診療連携推進委員会の設置	●がん診療連携推進委員会の設置	●がん診療連携推進委員会の設置	●がん診療連携推進委員会の設置	●セカトオビニオン外来の開設
	●がん診療連携推進委員会の設置	●がん診療連携推進委員会の設置	●がん診療連携推進委員会の設置	●がん診療連携推進委員会の設置	●セカトオビニオン外来の開設
3好病院	●がん診療連携推進委員会の設置	●がん診療連携推進委員会の設置	●がん診療連携推進委員会の設置	●がん診療連携推進委員会の設置	●セカトオビニオン外来の開設
	●がん診療連携推進委員会の設置	●がん診療連携推進委員会の設置	●がん診療連携推進委員会の設置	●がん診療連携推進委員会の設置	●セカトオビニオン外来の開設
海部病院	●がん診療連携推進委員会の設置	●がん診療連携推進委員会の設置	●がん診療連携推進委員会の設置	●がん診療連携推進委員会の設置	●セカトオビニオン外来の開設
	●がん診療連携推進委員会の設置	●がん診療連携推進委員会の設置	●がん診療連携推進委員会の設置	●がん診療連携推進委員会の設置	●セカトオビニオン外来の開設

全適後二年間の取り組み

確かに、「医療の質の向上」に関しては、沢山、ありとあらゆることを新たにやっています。「効率性の確保」に関しても、医療の質ほどではありませんが、かなりやっています。ところが「医療の透明性」のアプローチに関しては、これだけしかやっていない。まさに住民側に対してのアプローチが少なかったというのは、謙虚な反省で、平成 19 年度は「透明性の確保」に努力していこうというのを、1つのスローガンにしてやってきているわけです。

全国 47 都道府県の病院事業の経常収支で、徳島県は 2004 年度は第 45 位でした。2005 年度は 15 位、そして、2006 年度は 3 位になった。全国の都道府県で地方公営企業法を全適している都道府県は 27 ある。「全適は、ダメだ、駄目だ」と最近言われていますが、なぜだめなのか。それは全適都道府県で黒字の県は、徳島県と埼玉県の 2 つです。2 勝 25 敗です。そういう現実もあって、全適が、今、逆風にさらされています。

●議論の大前提が「赤字問題」でいいのか

その全適を守るために、この 2 勝のうちの 1 勝を稼いでいる徳島県が、一生懸命頑張っている姿を見せて、「全適でもやっていけるのだ！」ということを示していくことが必要だと、私は思っているのです。今、自治体病院バッシングです。本当に、「カネ！カネ！カネ！」でしょう。つい先月末、赤平総合病院の話が朝日新聞に出ました。そういう状況だから、赤字経営に苦しむ自治体病院を運営

議論の大前提が、「赤字」でいいのか！

- 親方日の丸体質だ！
- 無制限にカネは出せない！
- 社会が許容できる範囲での運営を！
- 「官から民へ」は、時代の趨勢だ！
- 公設公営である必然性はない！

いとも簡単に
民間移譲・公設民営化を決定

している地方自治体のほとんどが、いわゆる“病院あり方検討委員会”を設置し、さまざまな観点から病院の方向性を模索しています。しかし、悲しいことに、そこでの議論の大前提は、「赤字」という財政問題であり、「官から民へは時代の流れだ！」、「すべてが公設公営である必要はない！」などなど、経営コンサルタントや医療経済学者たちの声高な批判的意見が主流を占めています。その結果、いとも簡単に、自治体病院の“公設民営化”や“民間移譲”が決定されています。

確かに、税を投入しての自治体病院の運営が、「すべての住民に、公平で良質な医療を提供するための、最も効率的な方法であるか否か」は議論されなければなりません。しかし、その一方で、黒字経営を堅持している自治体病院に“病院あり方検討委員会”が設置されたケースは、少なくとも私が知る限り存在しません。つまり、批判的意見を述べる有識者たちは、病院が「黒字」であれば、存在意義には無関心で、それを問い直そうとはせず、逆に、赤字経営の病院に対しては、短絡的に「赤字は罪悪！」と烙印を押し、厳しく経営改善を求めているのです。

こんなことでいいのでしょうか。私は、本当に危機感を抱いています。はたして、本当に、



自治体病院改革議論の大前提を、「赤字という経済性」においていいのでしょうか。考えてみれば、政策として掲げられる自治体病院の事業目的は、本質的に収益と結びつかないものが多くあります。それゆえ、その経済性を論じるにあたっては、単に“投下資本の回収”という狭い意味ではなく、“投下された資本が、目的として掲げられた医療政策の実現に、いかに寄与したか”を評価

することに重きをおかなければなりません。つまり、本来の目的である「公共性の確保」と切り離れた形で、制約条件に過ぎない「経済性の発揮」のみを議論の主軸におくことは、行政の一環として存在する自治体病院には馴染まず、論理的にも経験的にも正しいものとは言えないのです。

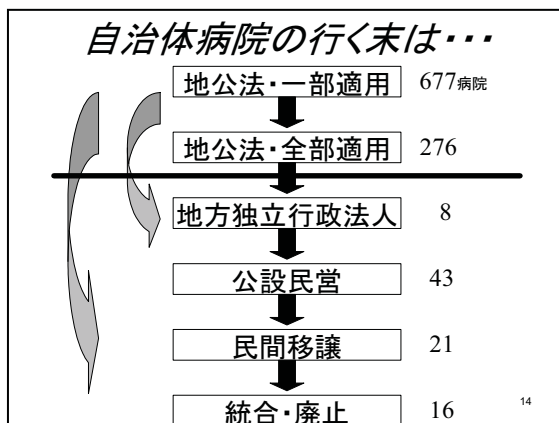
●公立病院改革の終着駅は、公設民営化

総務省は、「公立病院改革懇談会」を設置し、公立病院改革ガイドラインを策定しました。今、自治体病院は約 1,000 あります。そのうち全適病院が 276 になりましたので、全国病院事業管理者等協議会という組織をつくっていきまして、武先生が会長で私は副会長をしています。その武先生が公立病院改革懇談会の委員になられていたので、そう変なことにはならないだろうと思っていました。しかし、武先生のご都合で、あの会にはほとんど出席されなかった。つまり、武先生がいないところで、ああいうのが決まってしまった。今お話したようなことは、議論されましたか？とんでもないです。

そこでは、「経営の効率化」、「再編・ネットワーク化」、「経営形態の見直し」という“三つの視点”に立って公立病院の改革を推進することを表明し、その改革ガイドラインを策定しました。しかし、それは、決して“三つの視点”ではなく、「経済性」という“一つの視点”に限定された改革であると感じるのは、私だけではないでしょう。

改革ガイドラインが目指しているのは、「非公務員型の地方独法化」を途中下車駅にして、「公設民営化」・「民間委譲」が終着駅でしょう。

地方独法化の自治体病院事業体は、まだ、8 つです。大阪府は公務員型です。非公務員型は宮城県の県立こども病院と長崎県の江



迎町の公立北松病院、この2つでしょう。しかし、岐阜県が来年から非公務員型の独法化、静岡県が非公務員型の独法化、酒田市と日本海病院が非公務員の独法化、奈良市立病院が非公務員型の独法化。まさに、雪崩を打って非公務員型の独法化にいつているのです。しかし、それは終着駅ではないです。終着駅は、「公設民営化・民間委譲」です。そのことを我々は、十分に認識しなければいけない。

●自治体病院のアイデンティティー

私としては、「全適でとどめ置かなければ、日本の医療は危うくなる」。そう思っています。絶対に、非公務員型の独法化にはしてはならないという認識です。それはなぜかというと、「共通の価値観」の問題です。今、世の中は価値観の多様化というよりも、私から言わせれば価値観が崩壊してしまっています。価値観が崩壊してしまった世の中にあつて、病院がよくなっていくためには、職員が共通の価値観もって、心を一つにして、ベクトルを合わさなければなりません。

そういう世の中だからこそ、民間病院は職員に共通の価値観を持たすことはできません。しかし、自治体病院は、すべての職員に共通の価値観を持たせることができるのです。それは何か。それが「地方公務員法第30条」です。『すべて職員は、全体の奉仕者として公共の利益のために勤務し、且つ、職務の遂行に当たっては、全力を挙げてこれに専念しなければならない』という地方公務員法第30条。だから、自治体病院職員は、「医療を通して公共の利益のために貢献すべき」なんです。しかし、非公務員型の独法化や公設民営化では、「地方公務員法第30条」、つまり、共有すべき基本的価値観が欠落することになり、その旗印のもと、すべての職員がベクトルをあわせながら医療を実践していくことができなくなる危険性を有しているのです。「医療を通して、公共利益のために全力を挙げてやる」、これが共通の価値観です。これがなくなると自治体病院のアイデンティティーがなくなる。

私が坂出や徳島で、これほどまでに職員を引っ張ってこられたのは、この共通の価値観を強制できたからです。この共通の価値観がなければ、私のやり方は通用しませんし、坂出でも徳島でも、医療も経営もよくなっていません。私のよりどころは、「地方公務員法第30条」、それをなくす非公務員型の独法化には大反対。そういう理由です。



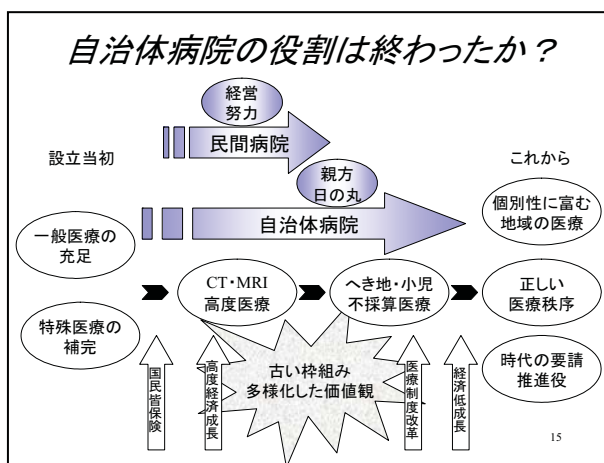
●故諸橋会長の教え

なぜそのように思うようになったか。坂出市立病院が自治省から廃止勧告を受けて路頭に迷っていたころ、今はお亡くなりになりましたが、千葉県の国保旭中央病院の院長で、当時の全国自治体病院協議会会長であった諸橋先生がわざわざ坂出に見えられて、我々を激励していただきました。諸橋先生がおっしゃったのは、「私の信念は、日本の医療の中核を担うのは自治体病院である。地域医療に貢献するという気持ちがあれば、必ず立派に再建できる。公共性と経済性を特に発揮して、地域の医療と福祉に寄与してほしい」。こう言われたことが、私の体に染み付いているのです。「日本の医療の中核を担うのは自治体病院である。自治体病院がつぶれたら日本の医療はなくなる」とおっしゃったお考えを、私は引き続いてやっていかなければいけないと思っているのです。

●自治体病院の役割は終わったか

自治体病院の役割は、終わってしまったのでしょうか。

いや、決して本質的な使命が否定されたわけではありません。確かに設立当初は、一般医療の充足と結核など特殊医療の補完のために、税を投入しても何も文句を言われなかった。しかし、民間が努力をしたにもかかわらず自治体病院は努力をしていなかった。つまり、戦後の



の混乱期や高度成長期に形成された「古い枠組み」では、あるいは現在の経済低成長期の「多様化した価値観」では、その存在意義を評価できなくなってきたということに過ぎないのです。では、これからの時代における自治体病院のあるべき姿とは、どのようなものであろうか。そこには、三つのキーワードが存在します

一つは、『個別性』の発揮です。自治体病院の役割を画一的に「かくあるべし」と定義するのではなく、地域特性を反映した、個別性に富んだ医療を提供することが求められてきます。例えば、徳島県立病院がその方向性として見定めているように、過疎地では医療の絶対量の不足を補う“一般的・標準的医療”を、地方小都市では二次医療圏を対象とした“急性期医療”を、医療過密地域では県下全域を対象とした“高度先進医療”や新たな社会的ニーズに対応する“モデル的医療”を実施することです。

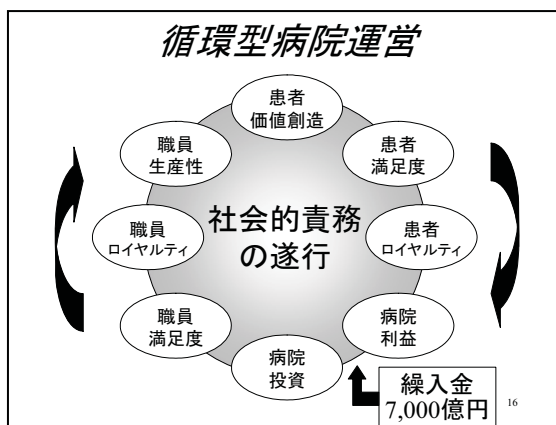
二つ目は、住民にとっての『正しい医療秩序』の形成です。「個の最適化」だけを考えていけばよい時代から、「全体の最適化」に焦点を合わさなければならない時代になりました。自治体病院という組織のあり方にしても同様に、個としての自院の繁栄だけを考えるのではなく、地域全体の医療レベル向上に貢献する行動を取らなければ、税立病院としての社会的共感は得られません。つまり、これからの自治体病院には、“地域のコーディネーター”

としての役割が求められているのです。それゆえ、税が投入されている自治体病院には、地域に存在する医療秩序の“住民にとっての妥当性”を検証することが求められるのです。それが正しいものであれば継承・発展させ、そうでなければ解体・再構築しなければなりません。しかし、今ある医療秩序は、医師会にとっての正しい医療秩序、今あるのは病院にとっての正しい医療秩序で、住民にとっての正しい医療秩序が構築されているとは決して言えません。我々自治体病院がやらなければいけないのは、住民にとっての正しい医療秩序をつくっていくこと、それは民間病院にはできません。民間病院が住民にとっての正しい医療秩序を本当につくってくれるか、これは絶対つくってくれない。自治体病院だからこそつくれると、こういうことをしっかり認識していこう。

三つ目は、「質と透明性、そして効率性」という医療に対する『時代の要請』実現の推進役となることです。自治体病院こそがそれらを推進し、セイフティネットとしての医療提供体制を構築していかなければなりません。これら三つのキーワードにどのように対処していくのか。自治体病院の責任は重いものがあります。

●胸を張れる赤字を出そう

循環型経営の話です。自治体病院の大半は赤字経営ですが、年間約 7,000 億円という繰入金が入り込んで、医療という「製品」を作っています。民間病院には繰入金がありません。むしろ、民間病院は税金を払いながら、医療という「製品」を作っています。であれば、ユーザー側である住民にとって、「税が投入されている自治体病院の医療という製品」と、「税を払いながらの民間病院の医療という製品」の、どこがどう違うのか、それを知りたいはずです。



逆に言えば、自治体病院に逆風が吹いているのは、このことを分かりやすく住民に提示してこられなかったからです。「税が投入されている自治体病院の看護と、税を払いながらの民間病院の看護が、どこがどう違うのか」。我々がいちいち説明しなくても、患者さんが自治体病院を受診して、我々の仕事ぶりに接してもらえれば、その違いがすぐ分かる。そういう分かりやすさを、我々が住民に対して提示してこられたかどうか。これでこなかったからこそ、こうやって逆風が吹いているのです。そのあたりを謙虚に反省すべきです。

私は基本的には、「胸を張れる赤字」を目指しています。これが自治体病院のアイデンティティーだと思います。それを感じたのは、私が在任中の坂出市ですが、公園を造るのに1億 6,000 万円、駅前の再開発に 30 億円。我々が赤字を出していなければ、坂出市は 90 年代にこの公園と同じ規模の公園を 20 箇所造れたはず。我々が赤字を出していなければ、

坂出は駅前の再開発を瀬戸大橋開通に合わせてできていたはずですが。坂出の下水道の普及率は当時 15%、香川県平均が 30%、全国平均が 60%。当時、坂出の繁華街にはバキュームカーがくみ取りに入っていました。これはなぜかという、下水道の普及率は 15%と、香川県一低かったからです。私は、「黒字を出せ」とは言いませんが、少なくとも赤字を出していなければ、市民は 90 年代にウォシュレット付きの水洗トイレを使っていたのです。子供たちやお年寄りも、公園でキャッチボールをしたり、散歩したりできていたはずですが。市民は通勤や通学に、快適な駅を使っていたはずですが。なぜ、自治体病院の職員は、バキュームカーを見て、公園工事を見て、駅前工事を見て、自分たちの仕事を謙虚に反省しないのか。私は不思議でたまりませんでした。それが、「税の投入に対するレスポンシビリティ」というものですよ。

胸を張れる赤字を出そう！

**税が投入されている
自治体病院の医療
と
税を払いながらの
民間病院の医療
の
どこがどう違うのか！**

17

自治体病院の社会的責任
Hospital Social Responsibility

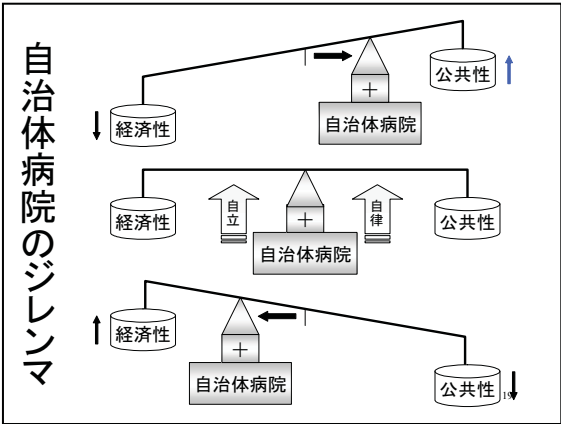
**税金で運営されている
自治体病院の低迷
は
単に病院の問題にとどまらず、
地域住民の生活に
直接的・間接的に
影響をおよぼす**

18

●自治体病院のジレンマ

自治体病院が政策医療としての「公共性」に重点をおけば「経済性」が低下し、「経済性」に軸足を移せば「公共性」が疎かになります。つまり、「公共性の確保」と「経済性の発揮」という二つの重い責務を、天秤棒のようにその肩に背負っている自治体病院の苦悩には深いものがあるのです。

では、いかにして、「経済性」を発揮しつつ、本来の責務である「公共性」を時代のニーズにあった形で確保していけばよいのでしょうか。この“ジレンマ”を解決し、住民の期待に応えるためには、水平思考から垂直思考に転換する以外に道はありません。つまり、両者のバランスを取ることにエネルギーを注ぐのではなく、自らの足下をしっかりと見つめ、自ら立つ「自立」と自ら律する「自律」の気概をもちながら、背丈を伸ばすことです。自治体病院が成長すれば、その双肩に担っている「公共性」と「経済性」は、おのずと高まるはずですが。すなわち、「自立と自律」こそが、これからの自治体病院改革のキーワードで



あると言えるのです。それを求めているのが地方公営企業法の全部適用です。これをぜひ成功させることです。

●首長と院長の相互理解と相互信頼

ただ私が思いますのは、一部適用にしようが全適用にしようが、自治体病院の経営問題を考えるにあたってもっとも大切なことは、行政と病院、首長と院長の透明度の高い日頃のコミュニケーションから構築される「相互理解と相互信頼」であると確信しています。

はたして、行政側や首長は、自らが設置・運営する自治体病院のことを十分に理解しているのでしょうか。

一方、病院側や院長も、行政や首長のことを本当に理解しているのでしょうか。

つまり、「公共性の確保」と「経済性の発揮」という両立しがたい命題を解決する“カギ”は、行政と病院あるいは首長と院長が、自らの果たすべき役割と責任をしっかりと認識し、お互いに無関心で任せきりではなく、お互いを批判しあうのでもなく、病院の運営方針について絶えず意見を交換し、基本的な部分において一致しておくことにあるのです。

しかし、全国の自治体病院とそれを設置・運営している地方行政がすべて、このような「相互理解と相互信頼」の関係を十分に構築できているとは言えないのが現実ではないでしょうか。激変する医療環境のなかにあつて、“問題意識をもった院長とそうでない首長”、あるいは“問題意識をもった首長とそうではない院長”との組み合わせでは、いま求められている自治体病院の責務をはたすことはできません。いわんや、“ともに認識に乏しい首長と院長”によって運営されている自治体病院は、「最悪」という以外に言葉はありません。

そういう意味で、知事さんには、できるだけ病院という現場を見ていただくようにしています。飯泉知事は、当初は全国最年少の知事でした。灘高、東大法学部、自治省とエリートコースを走ってきた方ですが、頭の良い方で、私とは、「相互理解と相互信頼」の関係をつくれています。医学部学生を対象に開催した夏期研修の打ち上げの会にも、「はい、行きます」とすぐ来ていただける。こういう腰の軽さが、非常に大事だと思っています。

●内因的モチベーション

我々はアイデンティティをしっかりと持とうということです。徳島でも坂出でも、私の赴任当時の職員には、心を込めて仕事をする人はほとんどいませんでした。仕事で学ばないから、感動もない。自信も何もない。だから、病院での仕事に生きがいを感じられない。

管理者と知事の相互理解と相互信頼

- ・お互いの組織を理解しているか
- ・お互いに責任転嫁していないか
- ・病院を大切に思っているか



- ・折衝を事務局に任せてないか
- ・経営の全責任を担っているか
- ・的確な指示を出しているのか
- ・院長室に閉じこもっていないか
- ・病院の方向性を明確にしているか
- ・運営を院長に任せてないか
- ・物心両面から支援しているか
- ・人事異動は行政的でないか
- ・病院を頻りに訪れているか
- ・医療施策を明確にしているか

20

そうではなくて、1週間に1回でいいから仕事に心を込めてやろう。1カ月に1回でいいから仕事で学んで感動しよう。私から言わせれば、「感動なんて人から与えられるものではない」のです。感動というのは、「自ら学んで、自ら獲得する」。そうすれば、自信が付き、働き甲斐や生きがいを感じることができるようになるのです。

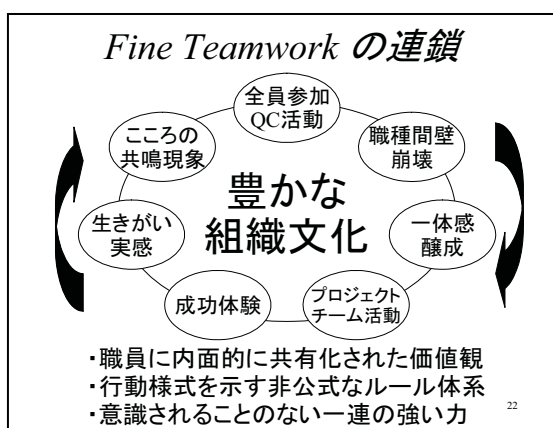
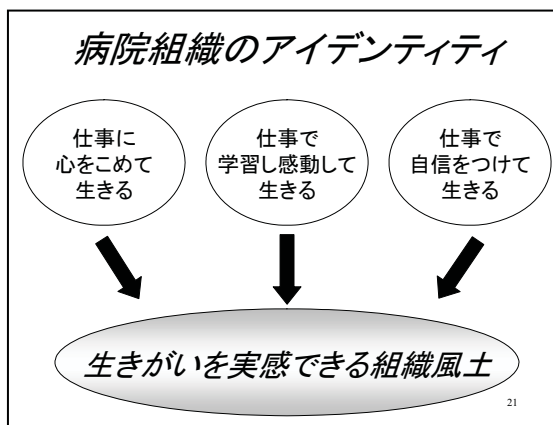
我々は坂出で「全職員参加の病院運営・ファインチームワーク」という、組織風土を創ることができました。徳島でも、今、そのような組織風土を創りつつあります。「豊かな組織風土」、これが一番大事なことです。

では、職員に「やる気」をどう起こさせるか。モチベーションの問題です。

モチベーションは、外因的なものと内因的なものの二つに分類されます。

外因的モチベーションとは、人の行動様式に関して外部から与えられる“アメとムチ”的なものです。その典型は、成果主義に基づく成功報酬であり、これは短期的には効果的です。しかし、恐怖としての“ムチ”的側面は否定しようがなく、創造性が高まることもなければ、仕事に対する興味がつのることもありません。その結果、人は利己的な行動に走るようになります。あるいは、餌をぶら下げられることによって、管理されているとの意識を強める職員や、“もう食べたくない”とまったく関心を示さない人も出現するはずですが、このような手法は、長期的な観点からは、決して効果的な「動機づけ」にはなりません。つまり、外因的モチベーションは、知的労働者が大部分を占める自治体病院職員にはなじまないのです。

大事なものは、内因的なモチベーション。Mission・Passion・Action、Challenge・Change・Creationです。内なる要求が内因的モチベーションなのです。それは、利己的ではない、他職種や病院組織全体を考慮した利他的な行動を起こさせてくれます。そしてその“感情エネルギー”は、短時間で消耗されることなく、継続的に蓄えられていきます。その結果、生産性と創



大切なのはモチベーション

外因的モチベーション	内因的モチベーション
・アメとムチ	・興味と情熱
・定型的仕事	・創造的仕事
・短期的	・長期的
・利己的行動	・利他的行動
・恐怖と無関心	・挑戦と達成感

造性が高まり、組織としての一体感が醸成され、病院への帰属意識が強まっていくのです。それをどう継続させていくか、それにかけてやってきました。

全国自治体病院学会が毎年開催されますが、医師や看護師はもちろんのこと、事務も含めたすべての職種に参加させ、発表させています。北海道であったときには「全員参加の安全管理」が、広島での学会では「MRSA アウトブレイクに学ぶ」が最優秀演題賞に選ばれて表彰されました。一去年は、徳島県立中央病院の職員を引き連れて神戸学会に出席し、集合記念写真を撮りました。坂出市立病院時代の集合写真と比べてみると、同じ笑顔で撮った同じ集合写真ですが、病院の組織風土は全く違います。坂出は豊かな土壌になっていますが、徳島はまだそうではありません。

●知的クーデターを起こせ

職員には知的クーデター～軍事クーデターはいけません～を起こして欲しい。

そのためには～私は何も危機感を煽っている訳ではありませんが～危機感が生まれる状況にしなければいけません。

しかし、日常性に埋没しては、また、「昨日やったことと同じことを今日もやり、今日やったことと同じことを明日もやる」状態では、決して、危機感は生まれません。危機感が生まれたら、今度は学ぶことです。学べば学ぶほど、自分や自分の病院の至らなさを認識することができ、

危機感は大きくなります。そして、危機感が大きくなったら、対外試合に出ていけ。対外試合に出ていって打ち負かされれば、危機感はさらに強くなります。つまり、「危機感を持つことは、すなわち、自分自身を高めること」なのです。とにかく日常性に埋没したらダメだ、学べ、そして外へ出て行って勉強して、賞を取ってこい。そうすることで、知的クーデターを起こせと言い続けています。



●豊かな土壌にのみ、成果は実る

徳島が坂出の組織風土になるのに、あと何年かかるか。「豊かな土壌にのみ、成果は実る」のです。

荒れ果てた田畑に、いくら立派な種を蒔いても、決して芽は出ない。芽が出たとしても幹は育たず、花は咲かず、実は成りません。坂出市立病院では、皆で鍬を持ってスコップを持って、田畑を耕してきました。そして、豊かな土壌にしたからこそ、ICTの種、NSTの種、

安全管理の種、どんな種を蒔いても、芽が出て、幹が育って、花が咲き、実が成りました。大切なのは、やはり、まず荒れ果てた土地を耕すことです。ところが徳島県立病院では、いまだに、医師は「何で僕がスコップを持たないといけないのか」、看護師は「何で私が鍬を持たないと・・・」、事務方は「何で石ころを拾わないと・・・」です。確かに、田畑を耕すことは、彼ら本来の仕事ではありません。しかし、スコップを持つ大切さ、鍬を持つ大切さ、畑仕事をし汗をかいたときのすがすがしさ、それらを感じて欲しいのです。目先の経営にとらわれるのではなくて、皆で豊かな土壌をつくっていきましょう。経営はあくまで結果なのです。畑が豊かになれば、どんな種をまいても、芽が出て幹が育って花が咲いて実がなるのです。桃栗3年柿8年、柿でも8年、桃でも早くても3年、とにかく3年間は文句を言わずにやっ
ていこうということです。

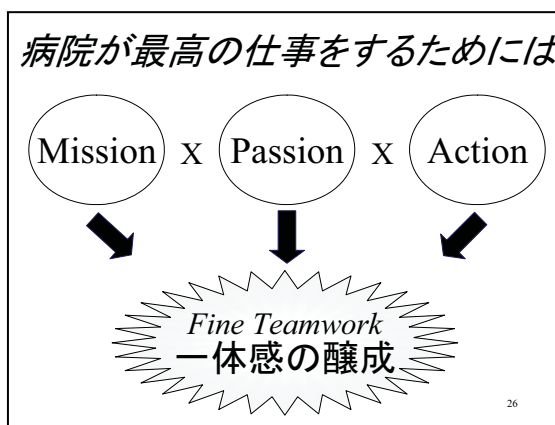
**豊かな土壌にのみ、
成果は実る！**

痩せて荒れ果てた畑では、
どんなに立派な種をまいても、
芽は出ず、幹は育たず、
花は咲かず、実が成ることはない

大切なのは、
すべての職員が鍬を手に、
畑を耕すこと

●病院が最高の仕事をするためには

病院が最高の仕事をするためには、「価値観」と「熱意」と「行動力」が、“掛け算”で存在しなければならないと思っています。つまり、“掛け算”という意味は、幾ら患者中心の医療をやろう、自治体病院として税の投入に応えよう、そういう「価値観」と「熱意」を皆が持っている、「行動力」で行動に移さなければ、 100 （価値観） $\times 100$ （熱意） $\times 0$ （行動） $= 0$ であり、ダメなのです。つまり、「理解すること」と「行動すること」は、全く別世界の問題です。幾ら理解しても、それを行動に移さなければ、その理解の意味はゼロです。そのためには「ファインチームワークの精神」で一体感を持って、とにかく行動に移して、この難局にあたっ
ていこうと、徳島でやっています。



●医療は文化だ！

最後のスライドですが、私は坂出市立病院で高度医療をやろうとは思っていませんでした。また、何も、先進医療や三次救急など、そういうものだけが高度医療ではないのです。患者さんが不幸にしてお亡くなりになったときに、遺族の方々から、「坂出市立病院で死んだのですから、何も思い残すことはありません！」と言っ
ていただけるような医療こそが、「坂

出市立病院にとっての高度医療だ」と確信してやってきました。“患者と、住民と、そして職員が共感でき、感動できる医療”です。

坂出と徳島の病院責任者としての17年の経験のなかから、私は、「医療は単に医療ではなく、地域にとっての大切な文化」だと思ふようになりました。私は坂出市立病院での医療を通して、まだまだ高いとは言えない坂出市の文化度を高め、市民が「坂出市に住ん

でよかった、坂出市立病院があるから安心して暮らせます」、そういう街づくりに貢献してきたつもりですし、徳島へ移ってやっていることも同様です。徳島県立病院での医療を通して、県民が「徳島県に生まれてよかった、住んでよかった、県立病院があるから安心して暮らせます」、そういう県づくりに貢献していきたいと思ふます。

「医療は単に医療ではなく、地域にとっての大切な文化である」という言葉で、私の講演を終わりたいと思ふます。どうもありがとうございました。



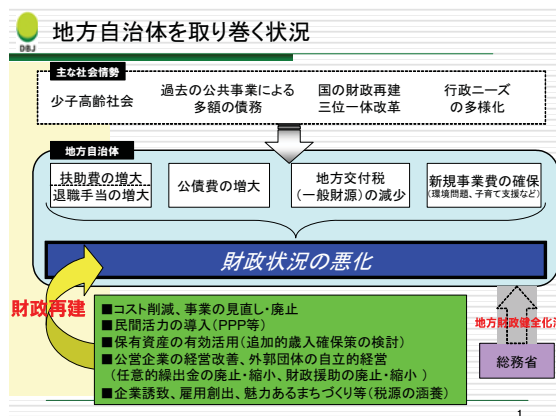
私からは「公営企業分野における官民連携の動き」というテーマで、今どのような官民連携の事業スキームがあるのかということについて、簡単にご紹介させていただいて、その後のパネルディスカッションにつなげていきたいと考えております。

私自身は、たまたまこの数年PFIですとか、あるいはPPP（パブリック・プライベート・パートナーシップ）、こういった事業分野



野に対するファイナンスを中心に担当してきたということがありまして、そういう中でいろいろ私どもが取り組んだもの、あるいは見聞きしたものを中心に、いくつかのフレームワークについてご紹介させていただきたいと考えてございます。

先程も話がありましたが、自治体立病院については、年間約7,000億円の繰入金が発生しています。病院分野に限らず、地方財政全体で見ても、昨今非常に厳しい状況にあると言われているわけですが、背景としては少子高齢化に伴う扶助費の増大、あるいは過去の景気対策等も含めた公共事業等に伴う多額の債務負担、あるいは国全体の財政再建からの影響、等があるその一方で、環境分野、子育て支援等々行政ニーズそのものが非常に多様化しており新規の事業費負担も発生しています。こうしたことから、昨今非常に難しい地域財政運営、もっと言えば「地域経営」が求められる状況になっています。



そうした中で各自治体が、いろいろな形で中長期の財政面での再建プランというのをお作りになられていますが、概ね共通して見られるのはコストの削減、事業の見直しですとか、民間活力の導入、保有資産の有効活用、公営企業の経営改善、こういったことがいろいろとうたわれていると思います。

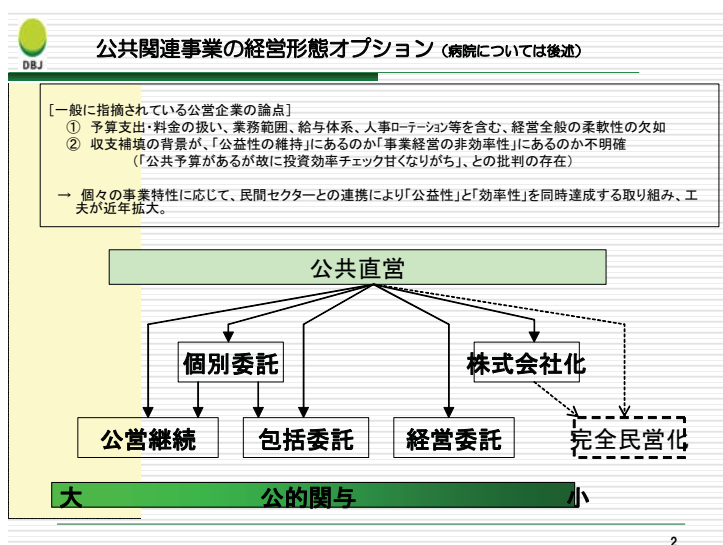
更に、こうした財政運営の改善を制度的に促しているのが、昨年の通常国会で成立した地方財政健全化法です。地方財政のフレームワークを考えると、普通会計に加え、自治体立病院等を含む公営事業会計があり、これらを総括して地方自治体の財政全般と把握できると思いますが、更に広く考えると、その外側に様々な外郭団体があり、更にはPFIのような民間セクターとパートナーシップを組んで取り組む事業も地方財政に関連してくるところとなります。

今までの自治体財政に対するモニタリングは、単年度のフローを中心にしたものでしたが、この地方財政健全化法の中では、それに加え、公営企業等を含めた言わば連結ベースでの収支状況をもチェック対象とするものです。また、フローの概念だけではなくて、既に抱えている負債ストックと標準財政規模との関係で健全性のチェックをするための実質公債費比率、将来負担比率といった指標が導入され、縦横から地方財政がより木目細かくチェックされることになろうかと思えます。



こうした大きな流れの中で、一つの注目点として、昨今、急速に公共関連事業の経営形態オプションが制度的な広がりを持ってきている点を指摘させていただきたいと思えます。

医療の世界では利潤追求の考え方は否定されているわけですが、その一方で運営上の効率性の追求はより強く求められているところでもあります。そうした観点から医療分野でも様々な公民連携が視野に入ってくるのではないかと思います。従前通りの公共直営の経営形態で改善を進めるのか、何らかの形で民間経営手法も導入するのか、公営事業分野について



では、少なくとも一度立ち止まって再点検する必要性に迫られている、と言えるのではないかと考えています。

その中で、塩谷先生が関わられた事例にありますように、公共直営の中でサービスの水準の向上と効率性の向上を同時達成された素晴らしいケースもあり、こういう場合は何の問題もないわけですが、個別のケースの中には、様々な民間業務委託、包括委託、PFI、あるいは指定管理者等々の活用が必要なケースも出て来ようかと思えます。医療コア業務の場合、株式会社形態というのは一部の企業体立病院に限られますが、ほかの公営事業分野も含めて考えると、様々な形態で民間の株式会社とタイアップしてやっていくような可能性

もあるわけで、そういうようないろいろな官民連携のオプションが制度面で近年急速に広がっている、こういうことが言えると考え次第です。

次に、今申し上げた官民連携事例をご参考までにいくつかご紹介しようと思います。医療分野にそぐわない部分はあくまでご参考として聞いていただければと思います。まずは長野県の県営のガス事業の民営化のパターン、公営企業を民間譲渡した事例でございます。

ガス事業自体はご存知の通り、むしろ公営でやっている方が非常に少なくなっていて、日本全国で見たら相当程度が民営形態となっています。長野県さんも様々な検討を重ねられた上で最終的に事業譲渡という形で民営化を実現しております。

ただ、本件は単に民間譲渡をしたということではなくて、一定の工夫がなされております。それは、公募選定された新会社に、そのまま事業の

連続性を絶った形で単純売却してしまうのではなくて、公営から民営へ経営形態が変わる中においても現場のオペレーションの継続性をより確実にするための工夫です。まず、民間事業者の公募に際して、今まで現場で働いておられた方が新会社に、これは3年間の期限付きですが新会社に出向する用意がある旨、表明されたということが工夫の一つです。

その後、現実に公営企業で勤務に当たっていた方が相当程度新会社にご出向されておられます。それから、長野県さんもこの新会社に1割以内の比率で出資をされて、同時に監査役を派遣し、県民に対して事業の安定的な継続に不安を惹起しないように配慮したことが工夫の二つ目です。

こうした一定の工夫を凝らしつつ円滑に公営企業を民間に移した事例とご理解いただければと思います。

次の例は、公共の宿泊施設を民間譲渡した事例です。スキームが面白いのでご紹介をしようと思いますが、これは元々年金関

DBJ ガス事業 ~長野県営ガス民営化[公営企業の民間譲渡]

事業概要

- ランキング : 全ガス事業者中32位、全公営ガス事業者中4位
- 供給区域 : 長野市、小諸市、佐久市等6市9町
- 供給戸数 : 50,572戸(供給域内普及率53%)
- 売上高 : 46億円(経常利益2億円)

民間化スケジュール

- ・ 平成15年12月 企業局事業の民間化計画発表
- ・ 平成16年4月 募集要領発表、本行LOI(融資関心表明書)添付、民間事業者募集
- ・ 平成16年8月 民間事業者決定
- ・ 平成17年3月 新会社に事業譲渡実施

事業スキーム

民間譲渡方式(新設会社)による公営ガスのバリューアップ事例。

DBJは新会社に対し、民間金融機関と協調して事業譲渡代金の融資を実行。

DBJ 公共的宿泊施設の民間譲渡[MEBOスキーム]

○独立行政法人年金・健康保険福祉施設整理機構が一般競争入札にて「ほよの宿ひみ」を売却することに伴い、従業員組合が同施設を自ら買い入れることとなったもの

ODBJは、地元金融機関だけでは引き受けることが困難なリスクマネーを事業安定稼働後の地元金融機関等へのリスク仲介を前提に供給しており、民間金融機関の参入を促進

連の宿泊施設です。こうした施設は独立行政法人年金・健康保険福祉施設整理機構を通じて民間にすべて売却する方針が固められ、順次一般競争入札により売却が進められているところです。この例においても、入札に掛けられたのですが、従前この宿泊施設で働いていた方が、応募者側に回りまして落札、自ら会社を新設し施設を引き取り、オペレーションを担っていくことになったものです。こういう形で今までそこで働いていた経営者、従業員の方が施設買収する形、言わば **MEBO** ですが、このような形ですと雇用の場も円滑に継承されることとなるわけです。病院の民間譲渡の場合でも数少ないのですが、こういうようなやり方を採用された例がございます。

次に病院分野に若干触れさせていただきたいと思います。病院の経営形態については、いろいろな整理の仕方があると思いますが、民間活用手法ということをし少し際立たせて次のように整理させていただきました。まずは、一部適用、全部適用の違いはありますが、地

08.1 自治体立病院の経営形態(含 民間活用手法)
1. 地方公営企業法(一部適用、全部適用)
2. 地方独立行政法人(公務員型、非公務員型)
3. PFI手法の活用(医療ノンコア業務の一括民間化)
4. 指定管理者制度の活用
5. 誘致方式(政策医療 補助方式)
6. 民間譲渡方式
☆判断のポイントは①地域医療における位置づけ、②病院全体のマネジメントの改善、③公益性確保の考え方、個別の事情において最適な判断が求められる。

方公営企業法に基づく最も一般的な形があり、それから地方独立行政法人、PFI手法の活用、指定管理者制度の活用、誘致方式、民間譲渡という形があるかと思っています。医療コア部分に対して公的セクターが基本的な責任を負うパターンが、大きく言うと1から3でございます。

PFI は医療のノンコア部分を包括的に民間の役割範囲とし、医療コアを担う自治体との円滑な協働を指向する手法です。

医療コア部分、医療行為そのものは公的セクターが担うという点においては、1から3を同じ範疇として括ることが出来ようかと思います。

指定管理者制度になりますと、自治体立病院というステータスはそのまま変わりませんが、市民に対して最終的には自治体が医療施設全体についての責任を負っているということが出来ますが、官民の役割分担としては医療オペレーションを指定管理者にすべて任せってしまうケースもあります。すなわちこの場合、採算を含め医療経営面で、指定管理者たる民間医療法人に対して、権限と責任を相当程度移転させる形になろうかと思います。

5番目の誘致方式は、完全に民間医療法人が医療を担うのですが、政策的にどうしても必要な不採算とならざるを得ない部分、こういう部分について適正に把握し、必要とならばその部分に公的セクターから補助を入れていくというような手法です。

そして最後、6番目として、地域に真に必要な医療機能を再整理した上、事業そのものを民間に譲渡してしまう方式があります。

以上のような大きな分類分けが可能かと思いますが、この分類の中でどの形態が本来的に望ましいかということは決して一義的に判断できる性格のものではなく、その判断のポイ

ントは、やはり個々の医療施設の位置付けによるものと考えます。その地域医療圏において、その公立病院がどのような役割を担っているのか、当該地域医療圏の中で民間病院が有する機能も総合的に考え合わせて、その自治体立病院が将来にわたりどのような役割を果たすかという点をしっかりと再点検するというのが議論の出発点かと思えます。

病院全体のマネジメントの効率性の確保、公益性確保の考え方、これを同時達成することが地方公営企業法においてうたわれているわけですが、同時達成をするというのが一番大事なところで、マネジメントがしっかり出来、病院自体の効率性が保たれて、その中で同時に公益性、すなわち政策医療もしっかりと担われているということであれば、何ら問題はないわけです。この効率性を追求する際に民間的経営手法を導入しつつ、同時に必要な政策医療部分を確保するためのスキームとして、今後更に様々な官民連携手法が検討されてもよいように思う次第です。

次に事業スキームの類型例について簡単に言及したいと思います。スキームⅠは一般的な形ですので説明は割愛します。スキームⅡの公設民営の事例としては、横浜のみなど赤十字病院の例が挙げられると思います。

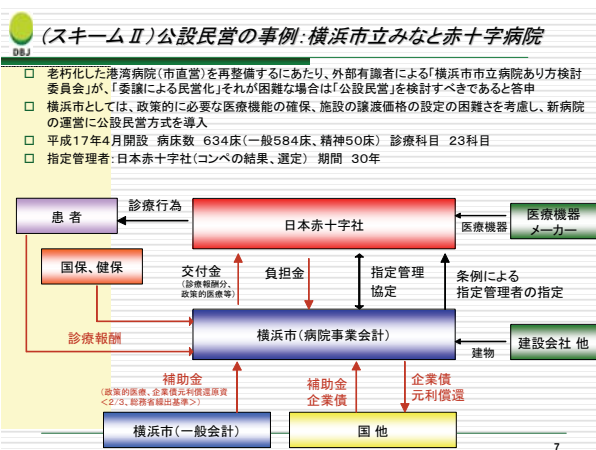
この例は横浜市的设计により建て直されることとなっていた市立病院を、その後の審議を経て医療運営については指定管理者制度の活用により民間に任せることとなり、公募が行われたものです。結果、期間 30 年の指定管理者として日本赤十字社が選定されました。資金の流れは、診療報酬は市を通じてそのまま交付金として赤十字社に払われるとともに、必要不可欠な政策医療部分についても、市から赤十字社に適正に支払われます。その一方で、これは市が整備した病院ですから、施設費相当の固定費部分については赤十字社が負担金という形で市に対して支払うこととなります。このような形で政策医療部分については一定の補填を受けつつも、独立採算を維持することを含め医療経営・運営においては指定管理者が責任を持つというのがこのスキームのポイントでございます。

福島県三春町でも、同様に公立病院に指定管理者制度が使われていると思いますが、この場合には、先に指定管理者を選び、その後施設整備を実施しています。そういう意味では

事業スキームの類型

	建設	資金調達	所有	開設	運営
I 公設公営 (前頁1.2)	公	公	公	公	公
II 公設民営 (4)	公	公	公	公	民
III PFI	BTO (3)	民	民	公	医療:公 政令&業務:民
	BTO&運営委託 (3,4)	民	民	公	民
IV 民設民営	誘致方式 (5)	民	土地:公 建物:民	土地:公 建物:民	民
	独立型 (6)	民	民	民	民

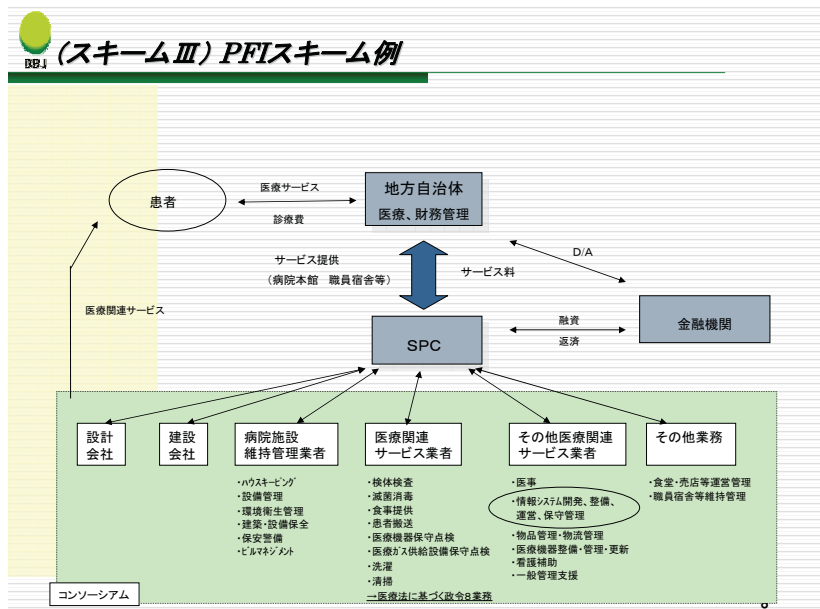
注) PFIにつきBOTスキームを採用した場合は所有は民。



指定管理者サイドと公共サイドがしっかりと議論をしながら、施設の設計とか機器の選定、を行ったのではないかと思います。これも非常に興味深い官民連携事例と考えています。

次に PFI についてですが、基本的な整理としては、医療コア業務は自治体サイドが担う一方で、医療周辺業務については民間が包括的にうまくオペレーションする形式を企図しています。この結果、

医師、看護師が医療行為に一層集中することが出来、病院全体のサービスの質の向上が図られるとともに、経営効率も高まるというのが基本的な狙いであるわけです。



課題としてあるのは、PFIで民間サイドが直接タッチするのは周辺業務のところですので、医療コア部分の効率性向上のところは、先ほど塩谷先生から話がありましたように、基本的には自治体の方が、民間と協調しつつしっかりと改善する意志を持たないと効果が薄いと思われる。また、医療コアとノンコアと業務を分けてみても、当然ながらこの二つの機能は密接不可分であり、官民の一体的な協働が必要不可欠になります。この協働を有効にするための仕組みを作って、実際に官民それぞれが気持ちを一つにした努力がないと、うまくいかないだろうと思います。また、事業者を選ぶ段階で、コストと質をどうやってバランスを取るかということも大きなポイントで、安かろう、悪かろうでは話にならないので、そのバランスをどう取っていくかというのは非常に大きな課題でございます。病院 PFI については、まだまだ官民の連携のあり方や相互理解に関する試行錯誤が続いている面もあると思われていますが、今後の不断の改善に大いに期待したいと思います。

それからこれは一つのアイデアですが、まだ事例はないのですが、医療コア、ノンコアという分け方がなかなか難しいというような議論もありますので、もしその境目をなくすという方向で考えた際には、医療周辺業務と医療コアの担い手に関して PFI 制度と指定管理者制度の両方を活用することも理屈上は可能ではないかと思います。

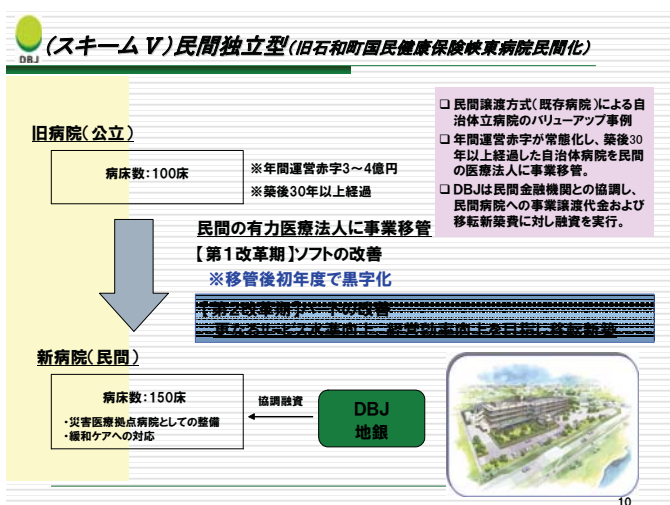
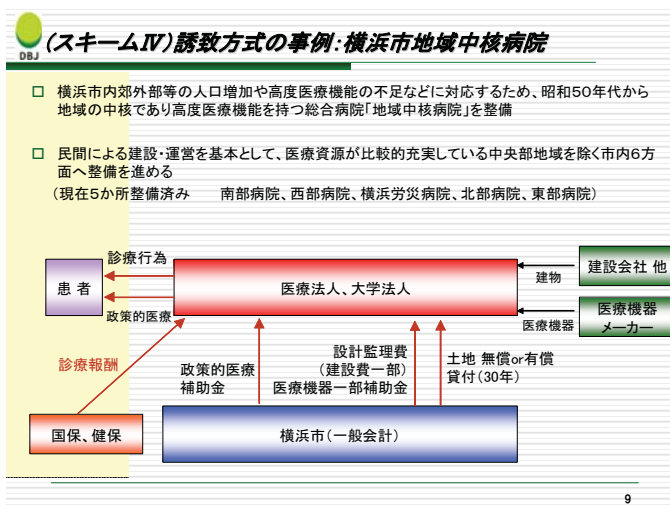
次に、誘致方式の事例ですが、これもたまたま横浜の例ですが、横浜の中心部から外縁部に居住地帯が広がっていくに連れて、それぞれの地域の中核病院が必要だという認識になったのですが、その際市立病院を増やしていくとの発想ではなく、市が土地を提供して、そこに民間の医療法人を誘致して地域中核医療を担ってもらおうというような考え方を採用したものです。

ただ立地してくださいと言っても経済性が合わない場合もあるので、市が政策的に真に必要な政策医療負担部分の認定を行った上で、その部分については収支フロー面、施設整備のストックの面も含めて補助した上で民間の医療法人に出てきてくださいという形で誘致しています。この場合には、一定の補助は受けるものの病院としてのステータスも経営リスクも民間が担う形となります。

最後の民間独立型、民間譲渡方式ですが、これは複数の事例が全国にあると思います。ここに挙げた例は、公立病院についてまず民間の医療法人が事業移管を受けて収支の改善をしっかりと果たした上で、民間病院として施設の建て替えを実施した事例です。

以上見てきましたように、病院分野についても官民連携は一定の進展を見せていると思いますし、今後の可能性も大いにあると思うところですが、一番大事なのは最終的には医療のマネジメントの質を如何に高めるかということに尽きようかと考えます。医療分野の官民連携スキームは、そのためのあくまで手段として使いこなしてこそ意味があるものです。病院全体をいかにしっかりとマネジメントをして、経営としての質を高めていくか。政策医療部分、公益性ある部分が採算面で負担となる部分については一定の補助を受けるとしても、透明性の高い説明と質の高い医療の実践により地域の信頼を勝ち得ることが出来るものと考えますし、そのことによって職員の皆様が自ら誇ることが出来る病院になるのではないかと思います。

時間がまいりましたので、私のご報告はこれで終わろうと思います。私も日本政策投資銀行の方でも「公立病院改革ガイドライン」策定支援等、公営形態での経営改善支援も含め、公立病院関係者の皆様からの様々なご相談に応じさせて頂いています。もし何かございましたらご遠慮なくご連絡いただければ幸いです。以上でございます。ご静聴ありがとうございました。



パネルディスカッション「地域医療における自治体病院のあり方」

パネリスト

徳島県 病院事業管理者	塩谷 泰一 氏
福島県 三春町 財務課長	遠藤 誠作 氏
中頓別町国民健康保険病院 院長	住友 和弘 氏
北海道大学公共政策大学院	石井 吉春 教授

コーディネーター

北海道大学公共政策大学院	佐藤 雅代 特任准教授
--------------	-------------

(佐藤) 自治体病院、あるいは地域の医療の在り方を考える際に、誰が何をするのかという視点が重要です。病院は医師だけのものではありませんし、患者だけのものでもありません。地域のもの、あるいは国のもの、みんなのものというふうに考えていく中で、何ができるのか、あるいは何をしなくてはならないのか、何を考えるべきなのかということのヒントをこのパネルディスカッションの場で得られたらと思っております。

塩谷先生には先ほど基調講演で熱いお話をいただき、それに引き続いて清水課長からいろいろな運営の仕方があるというお話がありました。ここからは、北海道大学公共政策大学院の石井先生より、経営面から見た北海道の状況についてお話をいただきます。北海道の位置付けは全国的に見てどうなのかということをお話をして皆様にご理解いただきたいと考える次第です。今日お越しいただいている皆様はそれぞれまさに地域医療に携わっていらっしゃる方、地域医療をどうしようかと考えていらっしゃる方がほとんどです。そういう中で、まず自分の立ち位置がどこにあるのか、自分のところだけ特別なのかどうかといったような点から、石井先生のお話を聞いていただければと思います。では、石井先生、お願いします。



(石井) 北海道大学公共政策大学院の石井と申します。主に地域政策というか、地域経済や地方財政などから、地域の自立的な発展を考えるというような視点で研究させていただいています。昨今は、道庁の仕事で今後の過疎対策の見直しの作業などにもかかわっております。私自身はもともと政策金融の仕事を長くしていた経験があるものですから、地域経営というような視点から、自治体病院の問題をとらえさせていただきます。

私は今日の会議をむしろ主催した方の1人でして、おこがましく話をするよりは、お呼びした方々の話を聞きたいという立場の1人ですので、できるだけお2人の具体的な話を中心にして、僕の方は要点だけ話をさせていただくような形にしたいと思っています。

お手元に資料（注：68頁以降）をお渡ししていると思いますが、できるだけ数字で見ていただけるように、あえてざっくりした数字も含めていくつかの数字を用意

していますので、北海道の自治体病院というものを見詰め直す最初のスタートラインにしていただければと思っています。

私自身は、自治体病院が赤字だから問題だと思っているわけでは決してない1人だと考えています。しかしながら、現状の赤字がいったいどのような赤字なのかについて実態をなかなか理解しにくい、もっと言えば、理解させる努力がほとんどなかったのではないかというようなことを感じていますので、スタートラインとしてそうしたことをもう少しきちんと考えてみる必要があるのではないかと申し上げたいと思います。いわゆる自治体病院は1,000ちょっとありまして、病床数で15%ぐらいのシェアを持っているわけです。従来、独立採算という考え方を原則にする、いわゆる地方公営企業という位置付けの中で、必要な支援が得られる前提で、高度医療や僻地医療のような、政策医療が行われてきたわけです。その意味では、基本的には政策医療見合いということで財政支援が了解されてきたということになるのだと思います。

すでに、自治体病院への繰出が7,000億円という指摘がございました。要は、収支補助と設備補助とがあり収支に対する繰出は6,000億円ぐらいから5,000億円ぐらいまでに減ってきたわけですが、それでも医療収益に対しては15%ぐらいの水準に相当するということになるわけです。

そして、どのあたりの数字の違いで赤字が出ているかということについて、きちんとした数値としてとらえるのは難しいのですが、いくつかの分析がこれまでなされてきています。病院についてはいろいろな形で経営データが出ているので、そういった数字を使って自治体病院と民間病院とどこが決定的に違うかというようなことを見ていくと、まず人件費、平均給与の違いということが指摘できます。添付資料にもとづき、職種別にみていくと、医師については民間に比べて高いという数字にはなっておりません。そのほかの職種が、水準の幅はあるものの、民間よりも自治体病院がかなり高い数字になっています。もう少し細かく数字を見ていくと、単純に単価が高いということだけではなくて、年齢構成がかなり民間と自治体病院では違うという側面もあります。そういっ



たことも含めて差が出ているということで、単純に「単価×人員」で計算すると、自治体病院全体では約 2,000 億円という数字になってしまうということです。

この数字は、あくまで目安のという以上のものではありませんけれども、ざっくりした話としては人件費が民間との収支面の差の大きな要因の1つになっているということです。

民間と自治体病院の収支の差は、収益的にはそれほど大きな差がない一方で、経費の中で給与にかかわる部分に加え設備にかかわる減価償却費などがかなりポイントとして効いてきているということが言えると思います。



建設費についてもいくつか分析があるのですが、自治体が発注しているということだけで3割とか4割コスト高になっているという分析もあって、こうしたものが実体的には大きな経営の格差につながっていると言えます。

こうしたことをどう受け止めるか。私は決して政策医療がないという話をするつもりはないのです

けが、表面的に見ると、人にかかわる部分、設備に関する部分が官民で大きく違っているということに、経営的には整理されてしまうということ、きちんと受け止める必要があるのではないかということです。もちろん償却費の中には医療機器等も入っていますから、まさに政策医療が一部入っていることも否めないわけですが、明確に整理して打ち出していただく必要があるということです。

病院全体の状況に加え、北海道は、面積が非常に広く、規模的に小さなところがどうしても多くなっているということもあり、結果的に道内全体で見ても、病床利用率が非常に低いということが経営の大きな特色になっています。全国平均が80%ぐらいだったと思いますけれども、その中で北海道は75%ぐらいの病床利用率になっているわけです。

人口当たりで見ると病床の数については、北海道は全国で7番目に多くなっており、その中で自治体病院の数もかなり多い方に位置付けられるということが言えます。その中で、北海道の自治体病院の経営は、収入、費用とも全国よりも低いけれども、差し引きの赤字については、病床当たりでいうと全国平均よりもかなり高い水準になっていて、企業債の残高も相当大きな数字になっています。

参考資料に、道内の自治体病院すべての概況について数字を付けています。一般的に病床利用率は、地域の病床需給や規模との兼ね合いなどとの関係で決まってくると言えますが、道内は小規模の病棟が多い中で、病床利用率が非常に低いところが多くなっており、50%未満が14病院、70%未満が28病院あるということで、全体の4割程度が7

割を切る低い利用状況になっています。経営的にいうと、このあたりに全国の自治体病院の中でも際立つ、道内の自治体病院の経営の厳しさが表れていると思います。

病床利用率が低いことについて、過疎だからというような言い方がよくいわれますが、個別に、道内だけじゃないところも含めて見ていただければと思いますけれども、決して過疎だから、あまねく利用率が低いということにはなっていません。その部分については、まさに医療の質なり、地域との関係が大きく影響しているのではないかと考えています。

昨今の民営化等の動きをみると、塩谷先生もおっしゃっていましたが、いわゆる公営企業として経営改善しないと、どんどん行き着くところまで行って、全ての自治体病院が民営化されるまで行くのではないかと、という認識を私自身も持っています。それが地域にとって、特に過疎地域にとって本当にいいのかということを考える必要があるわけです。一方で、財政の厳しい状況についても、待たなしのところにあるのは事実ですし、足下では、地方が200兆円を超える借金を抱えているわけです。この中には、将来の地方交付税の先食いと言え部分の借金もあるので、今後さらに交付税が減っていくというようなところをどうしても1つの前提条件にしなければいけない状況にあるわけです。

その中で、地域サービスとしての医療をどう維持させていくのか、また、どこまでの赤字を合理的と考えるかなどについて、もう少しきちんと、経営的な部分も見据えながら議論していく必要があるのではないかと、ということをあらためて指摘したい、というのが取りあえずの私の問題提起ということです。ありがとうございました。

(佐藤) ありがとうございました。非常に数字が多い資料の中で、会場の皆さまは北海道のご自身のお住まい、あるいは出身地の町、村の名前は見付けられたでしょうか。

金、金、金ではないという話は最初から塩谷先生もされていましたが、ない袖は振れないというのも事実です。その中で、何を選択していくかということで、次は福島県三春町の遠藤課長よりお話をいただきます。

遠藤課長は、廃止すると県が判断した県立病院を結果として町立病院として引き受け、その運営を始められた方です。医師ではなく、行政の立場として、町の職員として何を考え、何をしてきたかという点は、北海道の自治体病院での考え方にも参考になるかと思っておりますので、そのご経験およびお考えをお聞かせいただきたいと思います。お願いします。

(遠藤) 福島県三春町の遠藤です。実は福島県は今年度、10箇所の県立病院のうち4カ所を廃止しました。そのうちの1つを町が引き受け、指定管理者制度を利用して隣の郡山市にある財団法人立病院の協力を得ながら、再生しようとしているところです。それはどういう考えに基づいて対策したのか、どういう問題があったのかを議論の参考に紹

介させていただきます。

2つのレジュメ（注：76 ページ以降）を準備しました。最初に本町の位置ですが、参考資料2（注：86 ページ以降・Eーで表示）の4ページの地図を見て下さい。福島県の真ん中に中核市の郡山市があります。三春町は、その東隣 10 キロの位置にあります。そこに 86 床をもつ県立病院がありました。昭和 26 年の創設です。この地域の乳幼児死亡率が福島県下で一番多いということで、政策医療をやる目的で産婦人科と小児科を中心につくられた病院です。今の状況を見ると、郡山市は 34 万人ほどの町ですが、500～1,000 床規模の民間総合病院が 4 つあります。これは全国的にも珍しいそうです。そのため県は、近くの町に大きな民間病院があるのだから、交通網が整備された現在、ここで県がやっている必要はないだろう。県も財政が厳しいから、やめさせてほしいということでした。

廃止の話は今回ばかりでなく、過去にも 2 回ほどありました。当時は住民の大半が反対すれば県も廃止の方針を撤回するだろうと、全町民の署名運動をやって阻止することができました。しかし、みんなで署名をしても、残ることが決まると住民の関心は薄れてしまいま



す。病院を利用しなければ何の足しにもならないのにとというのが感想です。

それでもその頃の反対運動は政治的な効果がありました。しかし今になって考えると、当時の県幹部たちは、今回は残すが次はという気持ちだったのではないのでしょうか。雪国国会津にあるような病院は他に方法がありませんから残さなければいけないけれども、郡山近辺、少なくとも 30 万都市の 10 キロ圏内に果たして県立病院が必要か、税金で赤字を補てんしながらやる意味があるのだろうか。

県の廃止の動きは今回が 3 回目です。しかも今回は包括外部監査を入れ、審議会を設置したり、県の行財政改革の目玉にしたりと手が込んでいましたから、もう最終段階にきているのだろうなと思いました。ここに至っては腹をくくるしかありません。町長は覚悟を決めたのだと思います。私はそれまで 17 年、企業局で上下水道経営の仕事をしてきたのですが、県立病院廃止の動きがあるので、その対策をやってくれないかという話です。定年まで 5 年という時期に 17 年振りに役場に呼び戻され、病院対策と町行財政改革や財政再建の仕事をするようになったわけです。

企業局時代は、高度処理を導入した浄水場をつくりあげ、アウトソーシングで経営改革し、全国の小規模水道のモデルのような水道をつくりました。その後、水道に下水道を統合して下水道の経営改善にも取り組み、これも面白い事業展開ができました。全町

下水道整備構想を見直し、市街地だけを集合処理下水道にして、あとは全部、町設置型の浄化槽に切り替え、住民負担は統一するなど、下水道の効率的整備と運営を实践、小規模の上下水道事業運営のモデルとして全国に名を馳せ、国の審議会委員や総務省の地方公営企業経営アドバイザーにも委嘱されました。町長にはそういう経験を買われたのかも知れません。

私は若い頃、ダム対策の仕事をやった時期がありますが、現在の町長は当時、ダム反対同盟の青年部長でした。私はその反対側にいたわけですから人の出会いというのは面白いものです。そういう職員だったら病院対策をやるかもしれないと、そんな期待もあって任されたのだと思います。これは首長と担当職員との間に信頼関係があったからこそまでできたということです。

資料の②ページを見てください。これは三春病院の概要と町の廃止対策のあらましですが、県立病院は昭和26年につくられ平成19年3月31日に廃止、三春町は4月1日に指定管理者制度による公設民営方式で町立病院を開院させました。県立病院の廃止に際して三春町が定めた対処方針は資料



の通りです。一言で言うと、病院が三春地方に果たしてきた役割は大きく、地域医療の機能を守るために町が引き受ける、というものです。

県の対応を見ると廃止したいという気持ちがありありでした。こういう病院はどういうことをされるかという、病院がよくなるような手当はしません。土曜診療の声が出て週5日診療は崩さない。医者が辞めてもなかなか補充しない。県立の医科大学があるのにですよ。このまま置かれたら三春病院はダメになってしまう、と地元の町が心配するようになりました。県はすごいなと思いました。病院の存続対策を積極的にしないことで、地元に分かちで何とかしなければという気持ちを起こさせたのですから。

当町は当面、合併しないことを決めた町ですが、結局ここで何を考えたかという、しっかりした地域医療を持たないところに地域の自立はないということでした。町職員の中からは、こんなに赤字を抱えた病院を引き受けたら町はどうなるのか、郡山市が近いのだからいつでもいける、なくても困らないという意見も聞こえてきました。しかし、不便になったら郡山市に住めばいいというような人ばかりになってしまったら、町は存在なくなります。反対を言う前に考えてみる。こんな病院一つ守れない、生かせないような町なら軽々に自立するなんて口にするな。これは町の力が試されてるんだ、ということです。とにかくこれを立派になし遂げることが、町が生き残っていくための条件

整備だ。そういう気構えで苦勞をしてでも成し遂げようというのが、当時、担当した者の共通した気持ちでした。

1 期目が始まったばかりの町長が「政治生命を懸ける」と言うわけです。その方針は最後まで微動だにしませんでした。首長がそこまで腹をくくるなら、やり遂げるのが職員の仕事です。だったらどうするんだということですけども、町の財政が厳しい中で町が財政負担をしないでやる方法があるのか。これは知恵を絞れば何か出てくるだろうと考えました。悪く言えば県が持て余した病院ですから、それをそのまま引き受けたら“じり貧”です。町には医師を手当する力はないのですから、へたをすると住民にも見放されます。従来発想ではだめだということで、公設民営方式、つまり町立病院に指定管理者制度を導入して民間の活力で運営しよう。町立病院を拠点にして“健康のまちづくり”をしようということです。

考えてみると、少子高齢化時代を迎えた今日、みんな健康を気にしていますから、町が病院を持つ意味は大きいんです。これからは健康な町づくりというのは最大の行政テーマです。したがって保健や福祉、地域医療の仕事というのは、先端行政と言えます。昔は村おこしというのが行政の先端にありましたが、もう箱物を造る時代は終わりましたから、そういう時代ではありません。そこで何



をやったかということですが、県との交渉、協議ですね。県立病院が赤字だった理由は何かと言えば、いろいろ制約があつてきちんと経営できなかったことです。町としては廃止するなら県立病院の土地、建物、設備は全て地元自治体に無償で譲渡してほしいという交渉です。

2 番目は、病院で働いていた人には気の毒だけれども、町は同じ処遇はできない。早い話、施設は引き受けても職員は引き受けられないということです。職員には町民もいますから、悪気はないですよ。しかし経営となれば話は別です。公務員意識では公営企業は運営できません。本当の経営者はいないのです。赤字決算をしても誰も経営責任を取らない、だから職員にも問えないわけです。県立病院はその経営体質に問題があつて廃止されるわけですから、その職員を引き受けたら同じことになる。職員総数が 170 名余の町ですから、そこに病院職員 70 名を引き受けたら人件費負担で町の財政はパンクしてしまいます。

3 番目は、改築費用など初期投資の支援を求めることです。病院は昭和 49 年に現在地に移転して新築したものですから、30 年以上たっている。同じく廃止されるほかの町の要望内容を聞くと、昭和 30 年代の末から 40 年代半ばに建築したものなので建て替えて要求するという話です。三春病院も昭和 40 年代末の建築ですから当然、耐震構造にな

っていませんでした。耐震化の工事費用も出してもらわないと困るので、交渉の資料にとゼネコンに依頼して全面改修と改築費用の比較積算をしてもらったところ、改築してもあまり変わらないという結果が出てきました。それなら将来を考えて、大改修でなく改築支援で要望しよう決めました。これで県がいくら支援することになったかといえれば19億円です。ただし県財政も厳しいので、5年分割でという話です。19億円で病院を新築、設備の入替えなどをして、運営は民間の病院に任せることにしました。県は毎年2～3億円の赤字を出していたわけですから、5～6年分の赤字相当分を一時金として町に渡せば、あとは手が掛からなくなるのですから、行革としてはうまい方法です。しかも地元が熱意があるから再生する確率も高い。

さらに町は考えました。県の支援金で病院を造ることはできるが、いずれにしても支援金は一時金です。病院を建てたとしてもやがて更新の時期がくる、その時に町は病院を改築できるだろうか、ここはキチンと減価償却費を積み立てておくべきではないか。ということです。そのため指定管理者公募の際に、いくら負担できるか提案書に書いてもらうことにしました。これも指定管理者選定の重要なポイントです。そうしたら応募者は100%出すという提案です。当然ですが、赤字になっても町は補填しないという条件です。

参考資料2の4の当地方の医療施設配置図でいうと、郡山市には500～1,000床クラスの病院が何カ所もあります。そのくらいの力を持っているのだったらこの条件はのめらるだろうと考えました。それから少しして、総務省は公立病院を民間にやってもらう場合は、減価償却費の負担を求めるよう指導しますが、指定管理者にとっては厳しい条件に見えたでしょう。しかし、三春病院は田村地方7万人の医療圏の要にある病院です。うまくやれば自らの病院の東部方面の橋頭堡になるので相乗効果が見込めます。この話は、町、指定管理者病院の双方にメリットがあるから、公募しても応募してくると考えました。

次は、県からの支援金19億円が目減りしないかという心配です。町の従来の方法では、大きな公共施設を作る場合、基本計画と実施設計に最低でも2～3年、工事に2年程度かかります。その間に建設物価が高騰したり、消費税の税率が上がったりすれば、思うような病院はできません。心配するぐらいなら、早く新しい病院を建ててしまおうという計画です。国の財政状況を考えると消費税の税率アップの懸念は常にありますから、税率が上がった分、使える金は目減りします。上がる動きが出ただけでも駆け込み需要で建設物価が動き出しますので、どうせ作るなら早い方がいいだろうという判断です。

19年4月に県から無償で移譲を受けた建物で町立病院はオープンしましたが、病院の建て替えは県から移管される前の18年12月1日に設計施工一括発注プロポーザル方式で公募しました。翌19年1月、公開審査を開催し、応募3社の中からスーパーゼネコンの清水建設を入選者に決定、2月に契約して実施設計に入り、建築確認を受け

た6月に工事に着手し、今年(20年)4月末完成予定で工事を進めています。さきほど指定管理者に減価償却費相当額を町に入れてもらう話をしましたが、公立病院の赤字は施設の建設コストが高いことも大きく影響しています。人件費比率が高いこと(70%台)と病院の建築と設備の整備コスト高、これが公立病院の経営をおかしくしている2大要因といわれますから、赤字にしないため民間病院並みの坪60万円以下で造る方法を研究しました。これを可能にするのは民間でやっている設計施工一括発注方式しかないんですね。公共事業の設計単価を使えば坪100万円以上の病院になりますから、減価償却費相当額の負担を求められる指定管理者としては1円でも安くしてほしい。ですから公共単価を使わない、そういう条件でやったわけです。したがって、指定管理者には新しい病院づくりにも参加していただきました。各部門から活発な改善提案が出され、工事請負者と町の三者で検討を重ねましたから、いい病院ができそうです。③ページに県立と町立の比較表で載せましたけれども、県立から町立に変わって診療科目が従来の7科から10科に増えました。それから土曜日も終日診療しております。最初はどうかと心配しましたが、さすが民間です。患者への対応も親切だし安心できると非常に評判がいい。新聞社やテレビ局も取材に来るようになりました。どういう考え方で病院をつくっていくかということをしっかり持たないと、うまくいかないんですね。

①ページに戻りますが、公立病院の経営は何であんなに批判されていたのかを考えた場合、今までの方法が悪かったなら、それと逆のことをすればうまくいくのではないかと。そこで何が問題かを整理したのがこのページです。職員は公立だからつぶれないという意識があって危機感がない。地方公営企業法を適用して企業会計(複式簿記)で記帳したくらいで経営がうまくいくわけがないでしょう。

公務員というのは事務処理を優先します。あまり経営のことは考えない。そういう感覚で再建しようとしても無理ですね。覚悟が違うんです。問題の点を具体的に挙げると、次のような項目です。

- (1) 首長や議会、病院経営層の大半が病院経営には素人で、事務職員に任せきり。
その事務職員も3~4年で外部に異動するので、基幹職員が育たない。
- (2) 誰が責任者か、あいまいな組織で運営している。
- (3) 効率性より事務処理が優先される組織。効率性より手続きの適正執行が優先される。
- (4) 職員も住民も、公立病院は政策医療の不採算部門を抱えているので赤字は当然、税金を使って埋めればよいという思い込みがある。政策医療とは何だろうか。
- (5) 病院の建物設備は公共事業感覚で豪華につくるので、資本費負担が経営を圧迫する。

民間は何が違うかという思想です、経営哲学がある。筋が一本通っている。算盤勘定のうまい医者が儲けて大きくしただけじゃないかと批判する人もいますが、お客様のことを考えずに大きくなった商売なんかないですよ。みんな社会から支持され

たからこそ伸びたんだと思いますよ。病院を作ってきた人たちがどういう生き方、苦勞をしてきたか、聞いたり読んだりしてみました。病院の創業者の多くは自伝や病院史を残していますが、それを見るとしっかりした目で見ていたことに感心します。同じく医科大学を出て50年後にどうなったか。大病院をつくった人もいれば、開業医で一生を終えた人もいる。人間の生き方だからどっちがいいとか悪いという話ではないけれども、彼らがどういう夢、理想を持っていたのか。その違いが出ると思います。役所の場合、その夢さえ描けない。そこで、夢を共有して一緒にやれるようなパートナーを見付けることにしました。方法を間違えると足下を見られ、赤字病院など銭を出してもらわなければやってられるかという話になりますから、話のもって行き方が難しい。

当町のような86床規模だと500～1,000床ぐらいの病院がパートナーというのは理想的です。役所の信用、医療機関の運営ノウハウと人的資産をお互いに出しあって地域医療に取り組めるわけですから、これに勝るものはありません。協議というのはお互いの腹の探り合いの一面をもっていますが、それを公募の形でいろいろな人たちに競ってもらいとこちらも選択眼が磨かれます。これは成功しました。当町の事例は自治体病院の再生モデルの1つになるでしょう。ただ、このやり方が北海道で通用するかというと、これは立地条件が違いますからそうはいかないと思います。私たちの町は東北といっても関東圏に近い場所ですから恵まれていますから。とはいえ公立病院の改革は、自分たちの町や病院の立地を自分で考え、専門家の意見を聞きながら戦略を練らないと無理です。コンサルタントに丸投げしたって、地域のことがよく分からない人に短期間に判断を求めるのは無理です。ただ金を払って終わりです。私の部署は財務課ですが、どこの町も財政は厳しいし人もいない、払うコンサルタント料の予算もとってなかったから頼めませんでした。結局、職員が勉強しながら戦略を練るしかなかったんです。それでも外部に、古い付き合いの研究者、実務家などがいたから心強かった。普段から全国的なネットワークを作っておくと何とかなるものですね。この自信の元は、医者の世界を多少知っていたということもありました。親戚に何人か医者がいて、子供の頃から病院の話は聞いていましたので、できないことはないじゃないのと。たかが役場職員の分際で生意気だという投書もいただきましたが、うまくいっているように見えるからこんな投書が出されるわけですから、これなら町立病院はうまくいくなと思いました。やってみて病院というのは非常に面白かった、退職間際にこんな仕事に出会えてよかったと思っています。

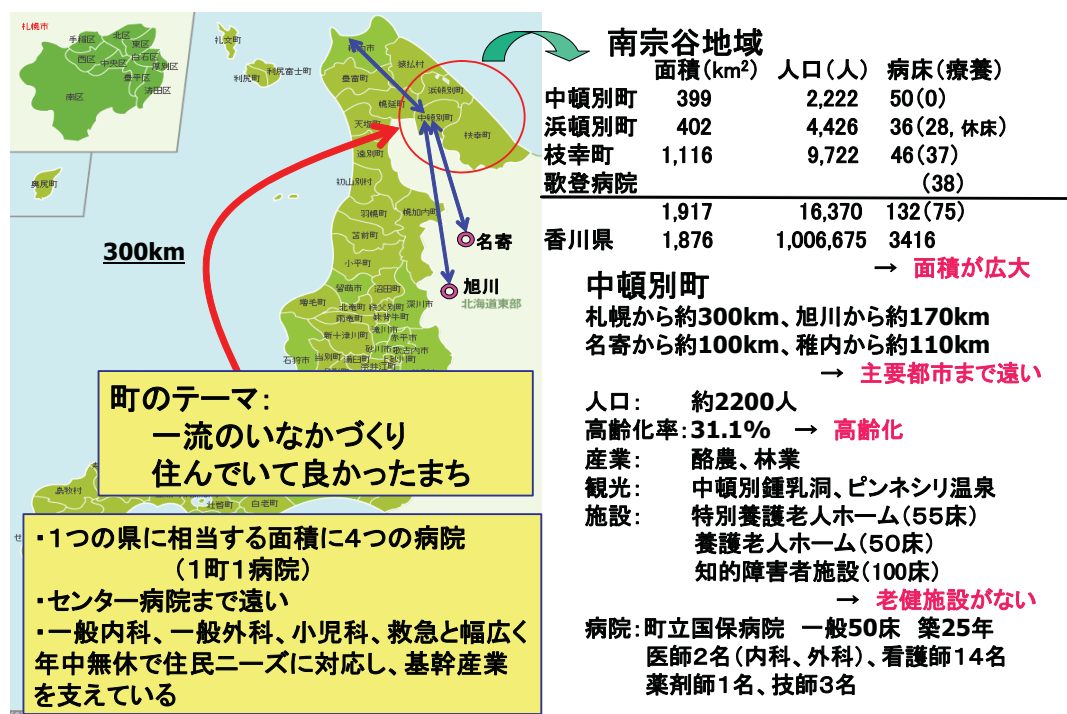
町立病院は5月初めに新病院に移転して仮オープンし、旧病院の解体や外構工事を仕上げて9月にはグランドオープンしますが、記念品は三春病院史にしようと考えています。県立病院時代の記録、藩政時代からの地域医療史が前史で、県立病院の廃止、町立病院の立ち上げ時のいきさつ、理念、現在の状況などが本編です。病院の大事なことを後世に伝え、また全国で公立病院の再生に取り組んでいる方々にも、自分たちの

貴重な経験が伝えられるよう、きちんとつくって残そうと仕事の合間に準備しています。余談になりますが、特色ある病院というのは立派な記録を残しているんですよ。どういふ考えでこの病院がつけられたのか。病院を作った彼らの次の課題はどうやって継続させるかだったと思います。安定した次は継続させることを考える、これは自然の流れです。私たちだって同じです。大きな歴史の流れの中に生きています。いい病院をつくれます。そういうことで時間も来ましたので終わります。

(佐藤) ありがとうございます。塩谷先生とは違った意味でセンセーショナルな発言が多く、勉強になるお話でございました。続いて住友先生にお話をいただきます。遠藤課長のお話は、先ほどの塩田に先生のお話にもあったどういふ地域医療を行っていくのかというミッションを、行政の立場で三春町が考えて出した結論がこうだというお話でした。塩谷先生は、病院という立場で、病院長という立場で病院の側から考えて動かされたわけですが、結論として塩谷先生は公立病院の形でやっていこうという今の形、遠藤課長は公立病院とはいえ民間医療法人に任せる形、というそれぞれの結論を出して、今現在邁進されているわけです。

続いてご紹介させていただく住友先生は、中頓別で国保病院の院長をされており、まさに今現在、北海道で、周りに大きな町もない中で悪戦苦闘されている方です。中頓別の今の状況をお話したいと思っています。お願いします。

(住友) ご紹介ありがとうございます。住友です、皆さんこんにちは。



私の住んでいる中頓別町は札幌からかなり離れたところに位置しています。まずその医療状況がどのようになっているのか、何が今の問題なのか、そして私たちがこれから何をしようとしているのか話をさせていただきます。

まず、中頓別町ですが、ここに北海道の地図が出ていますが、今日、皆さんがいらっしゃる札幌市から北へ約 300 キロ

のところにあります。主要な都市は旭川です。旭川からは 170 キロ、それからもう少し近くに名寄市がありますがそこまでも 100 キロ、北へ行くと稚内市がありますがそこまでも 110 キロありかなり遠いところです。しかもセンター病院といわれるのは、稚内と名寄ですから、センター病院からもかなり遠いところに位置しているというのが私たちの町です。人口は 2,200 人で、高齢化率は 31%、お年寄りが非常に多い町です。産業はと言いますと、1 次産業が中心で酪農と林業です。観光はと言いますと、鍾乳洞と温泉があります。イメージは小さな田舎町です。そんな小さな町の保健施設はと言いますと、特別養護老人ホームが 55 床、養護老人ホームが 50 床、知的障害者施設が 100 床ということで、小さい町のわりにはけっこう福祉施設を持っています。しかしながら老健施設はありません。私たちの病院はと言いますと、一般病床が 50 症です。築 25 年、医師は現在 2 名います。看護師は 14 名、薬剤師は 1 名、レントゲン技師と臨床検査技師を含めて 3 名の技師がいます。

私たちの町のテーマは「一流の田舎づくり」です。都市から遠くて小さな町ではありますが、そこに住んで居てよかったと言える町にしようというスローガンを掲げて町づくりをしているわけです。私たちの中頓別町、枝幸町、浜頓別町、それから稚内までのこの地域を宗谷地方と言いますが、その中でも中頓、浜頓、枝幸の 3 町を特に南宗谷と言っています。人口は 3 町合わせて 1 万 6,000 人、面積は 1,900 平方キロメートル、香川県とほぼ同じ面積があるそうです。そこに香川県は 100 万人住んでいるそうです。香川県と同じ面積に 132 床の一般病床と 75 床の療養病床があります。面積が非常に広くて、基幹病院がそれぞれ 1 つの町に 1 つあります。枝幸町と歌登町が合併して今は 1 つの町になっていますけれども、それぞれ病院を抱えています。

この地域の特徴は、1 つの県に相当する広い面積に 4 つの病院があって、センター病院までは結構距離があります。しかもその病院は、一般内科、一般外科、小児科、救急と幅広く、年中無休で住民のニーズに応じていて、さらに基幹産業の 1 次産業をしっかり支えているというのが私たちの地域の特徴です。

もうちょっと町の宣伝をさせていただきます。病院の裏山から市街地を眺めた模様ですけれども、病院がここにあってその向かいに保健センターがあります。中頓別町は保



健福祉が役場から独立しています。その隣に老人ホームがあつて、すぐそばに役場もあります。ということで、行政と医療、福祉がわりと近接したところにある町です。ただ、知的障害者施設に限っては、廃校になった小学校の跡地を利用していますので山の中という形です。

その知的障害者施設に行くまでの間に砂金体験場があります。ここは天然の砂金が採れます。写真では皆さん一生懸命頑張っていますが、採れるときは一升瓶に半分ぐらい砂金が採れるそうです。実際に採った人がいるそうですので、一獲千金を狙う人はぜひ試してみてください。

それから、病院の裏、これは見えませんが川が流れていて、ここはカヌー乗り場になっています。こういうふうに皆さん、町民の方が楽しんでます。それから町の北東には鍾乳洞がありまして、芝ザクラが初夏になると咲いてきれいです。鍾乳洞の奥は登りが急で狭いところもありますが階段や照明が完備されています。一応、鍾乳石が残っています。実はこの鍾乳洞周辺ですが、最近開発がさらにすすみ、昨年の暮れに北海道の「すこやかロード」に認定されました。ここは1周歩くと何カロリー減るということで認定されています。昨年の夏、私たちはこの認定された道を使って森林浴（森林療法）を行いました。住民を集めて、皆さんと一緒に森を歩いて健康になろうという企画です。スライドのように参加住民の血圧とストレスを測ります。唾液中にはアミラーゼという物質が含まれ、ストレスによって濃度が変わります。その原理を利用してストレスを測っています。結構これがいいんですね。血圧とストレスをその場でお返しできる。しかも、歩く前後でこれだけ変わりましたよ、というのが参加者の皆さんの興味をそそって結構参加してくれました。最後は20分ほど健康講和を聞いてもらいます。

私たちの町の病院の役割は何でしょうかということですが、町に唯一の入院機能を持った公的医療機関ということで、入院、診断、治療を行っています。診断、治療も結構多岐にわたります。小児から高齢者まで、一般内科からマイナーの診療科まで、それから軽症から重症まで幅広く

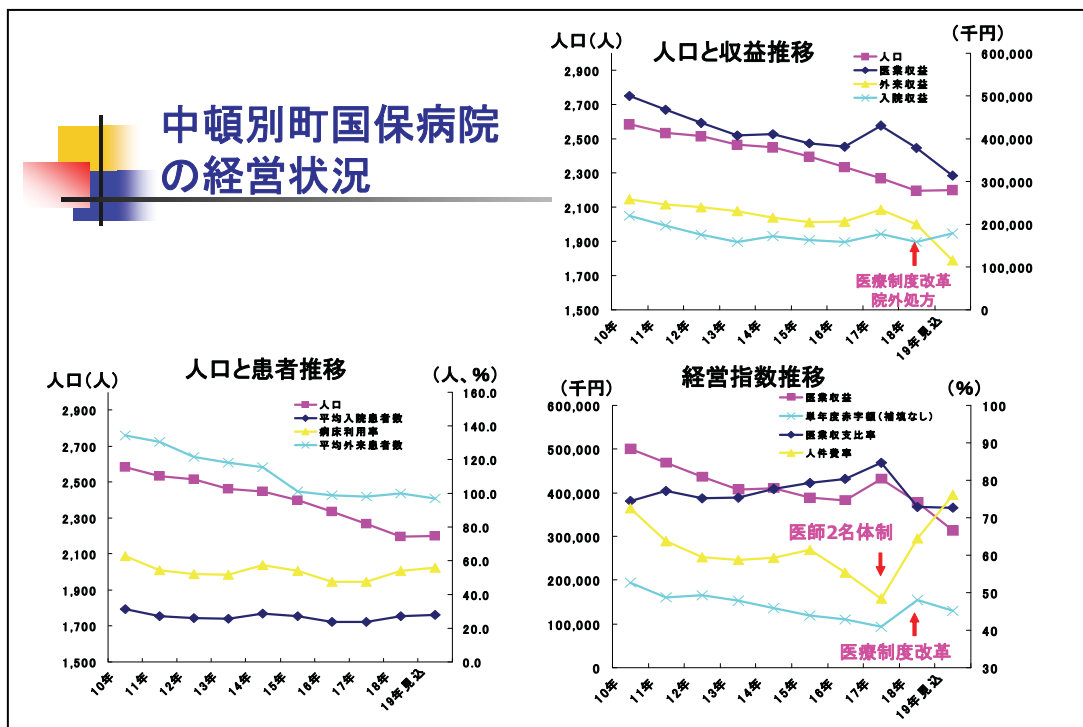
対応しています。救急もやっていますし、24時間年中無休というのが私たちの病院の状況です。ほかに企業健診、人間ドッグもやっていますし、予防接種もやっていますし、健康講座もやっています。いろいろなことをしています。ただ、これはどこの自治体病

中頓別町国民健康保険病院の役割

- 町に唯一の入院機能を持った医療機関
- 病気の診断、治療(小児から高齢者、一般内科・外科～マイナー診療科まで、風邪から心不全、脳卒中まで、救急対応、24時間年中無休)
- 企業検診、人間ドックなど
- 保健事業との連携: 予防接種、住民ミニドック
- 健康啓蒙: 健康講座、森林ウォーキングなど
- 機器: CT、内視鏡一式、超音波一式、人工呼吸器、モニター類、その他一般的な設備、備品を有す
- 診療支援: 旭川医科大学(医師)、地域医療財団、名寄市立総合病院、旭川リハビリテーション病院(PT, OT)

院も同じく行っていることで、うちの病院が特別というわけではありません。ここ3年ぐらい旭川医大の学生が夏休みに実習に来ています。彼らの当院のイメージを聞くと旭川から非常に離れていて心電図とレントゲンしかない病院だと思っていましたと言われるんですね。平成2年に入れたちょっと古いものですが、実はCTがあります。内視鏡はおとし入れ替えていただいて、上部、下部消化管ができます。気管支鏡もできますし、胃カメラは鼻からできる一番新しいのが入っています。

その他、都市部の病院に有るような設備は一通りあります。それから診療支援は、私が旭川医大の第1内科ということもあって、旭川医大の医局から週末の応援に来ていただいています。私が今日こうやって来ているときでも旭川医大から来ていただいていたりと、近くのセンター病院である名寄市立総合病院から応援を得ています。ほかに北海道地域医療振興財団からも来ていただいていたりと、あと前任の旭川リハビリテーション病院から理学療法士を派遣していただいています。

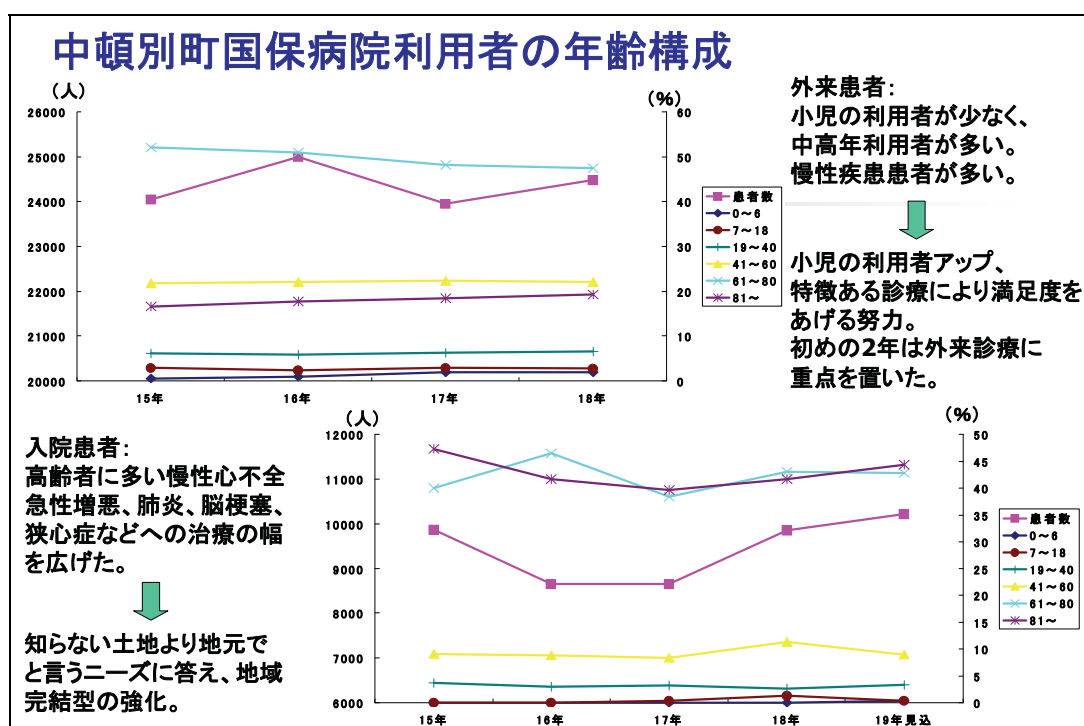


では、私たちの町の病院の経営状況はどうかというと、ご覧の通り人口は年々減っています。町の人口の2%ずつ人口が減っています。それは国鉄が廃止になったり、森永乳業の工場が閉鎖になったり、営林署が縮小になったり、学校が統廃合で縮小になったりということで人口は出て行く一方でした。従って、外来患者数も減っていくというのがうちの病院の特徴でした。

ところが、このグラフで見ていただきたいのは、最近、外来数が横ばいです。横ばいではなくて実はちょっと増加なんですね。入院についてもちょっと増加しています。こ

の辺が今日この後出るところですが、小さな病院でもやれば改善できるというお話をさせていただきたいと思っています。

医療収益ですけれども、平成 17 年はすごく改善し、赤字も 1 億円を切りました。2,000 人の小さな町にしてはよく頑張ったなと思います。でも、平成 18 年度の医療制度改革で赤字はまたどーんと増えてしまいました。これはなぜかという、15 対 1 の正看比率がクリアできないためです。非常に苦しい経営になってきたというのが今の私たちの病院の状況です。



どんな人たちが私たちの病院を使っているかということで見ると、ほとんどが 40 歳以上の方々で、小児の利用者が意外と少ない。それを頑張って、お母さんたちに安心してもらえる医療をやろうということで、お母さんに一生懸命説明するんですね。そういうことを心掛けて、小児の外来患者さんが若干増えてきました。入院ではご覧の通り全体が増えてきています。高齢者が多く、小児の入院はなかなかありませんけれども、こういう形で外来も入院も改善してきています。

私は平成 16 年の 8 月に中頓別町に赴任したんですが、最初の 2 年は外来に重点を置きました。そして、小児のお子さんに来てもらえるようなことを心掛けましたし、お年寄りの方の満足度が上がるような医療をしたいと説明をよくしました。ここは特に説明をするように心掛けてきました。というのが外来患者数のアップにつながったのだらうと思います。

あと、私自身が循環器の医者ということもあって、自分でできることは自分でしよう

と、症例を選んで当院での治療する範囲を広げました。今、地域センター病院は地方の疲弊もあって大変忙しい状況です。私もセンター病院に勤務した経験がありますが、たくさんの患者様が救急車で送られてきて入院ベッドを探すような状況でした。地元の

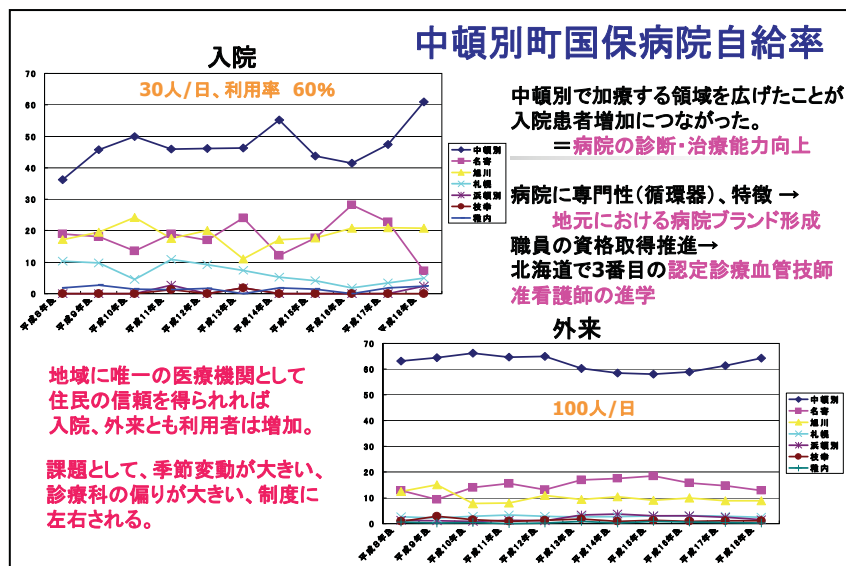
先生がどんな先生で、何を専門となさっているかわからないので、御紹介いただいた患者様を地元へ逆紹介できないという経験もしました。例えば、心筋梗塞の患者さんを治療した後、地元に戻りま

すか？というふうになかなか言えない状況がありました。少なくとも自分はそうはならないようにしようということで、自分のできることは、地元で行い、センター病院の先生とも研修を通して自分を知っていただく努力をしています。そうすると、地元の患者さんも地元で治療ができるなら地元で診ていただきたいというふうに気持ちが変わってきています。できるだけ地域完結型の医療をしたいと考えています。

全てを当院でということではなくて、名寄とか旭川といったセンター病院との連携をきちんと組んでやっていくことが重要です。どうなったかという、ご覧ください。病院自給率がぐんと増えたんですね。名寄はどうなったかという減りました。旭川も減りました。つまり、今まで地元の病院なんてと思って町外に行っていた人たちが戻ってきてくれるようになりました。こういう現象が起きています。病院の診断治療能力を上げることによって患者さんが戻ってきてくれました。

それから、私たちの病院が何に力を入れているかという売りをつくろうと試みました。地元病院のブランド形成をしたいというふうに考えています。それから、私が頑張っても患者さんに日常多く接するのは看護師さんだったり、診断のヘルプは技師さんたちです。そういったパラメディカルの人たちの資質も上げなければいけません。ということで、どんどん資格を取ってください、勉強してください、研修に行ってくださいということで進めています。

そうすると何が起きたかという、認定血管診療技師という3年前にできた認定資格があるのですが、なんと、うちの町、北海道で3番目に技師が合格しました。小さな町ですがやればできるということだと思えます。先ほど、公的病院の職員は資質が高いのではないかという話がありましたけれどそういう気がします。それから准看護師さん



たちに進学してもらうため、病院の改革を進めているところです。地域に唯一の医療機関として住民の信頼が得られれば、入院、外来とも患者数は増加して、まだまだやれる部分があのだはないかということですね。

ただ、課題としては患者様の季節変動が大きい。夏は患者数が少なくなってしまうし、診療科の偏りが非常に大きい。入院も外来も私が8割ぐらい見ています。あと、制度改革で収益は大幅に変わってしまうわけで、安定した収益を得るためには何が必要かということを考えていかなければいけないと思っています。

それで、平成16年に私が赴任したときに、まず赤字が非常に大変だというふうに町長さんに言われました。財政難で診療器具が買えないと言われましたね。シリンジポンプが3台しかなくて、1台は壊れていました。心不全の患者さんが来て治療しなければいけないという時に、先生、シリンジポンプがありませんなんてことがありました。道具がないのに私に何をしろと言うんですかというところから始まったんですね。当時、看護師長さんがいませんし、医者は私1人でした。看護師も足りません。ないないづくしだったんですね。町長さん、どうするんですか、こんな状況でいいんですかと言ったことがあります。この時感じたのは、はっきりとした町の病院を将来どうしたいかというビジョンがないのかなということ。先生の好きなようにやってくださいという感じなんですね。これじゃ、とてもやれませんね。

それから、じゃあ、改善しましょうと言っていろいろ改善策を出すと、みんながあまりいい顔をしないんです。私は当時の事務長に、先生は目標が高過ぎると怒られました。でも、それじゃだめなんですね。みんなやってみましょうと。横柄な職員もいましたし、当然、住民からの信頼もあまりありませんでした。ということで、患者さんは町外に流出していきますし、患者さんも専門医に見てもらいたいという気持ちがかかり強かった。どうせ田舎の病院なんて、という気持ちも強くて、こういった行政と病院と患者さんそれぞれが私たちの病院を長い年月のうちにダメにしたんだというふうに思っています。ですから、町としてビジョンを持ってもらう、町長さんには政策を考えてもらうお願いをしています。職員のみならず、人に優しい病院でしょうか、安心して暮らせる地域ですか、ということ投げ掛けて、職員一人一人にも考えてもらっているところです。

たくさんある問題を私1人ではどうにもならないので、施設、設備、人材、政策は町

中頓別町が抱える地域医療の問題

- ・ **平成16年の現状**は：赤字、財政難で診療器具がない、古い、故障中・・・
- ・ 医師は一人、師長はいない、看護師不足
- ・ 病院運営の方針が町になく、現場まかせ
- ・ 新しい事を嫌う体質、改善しない
- ・ 横柄な職員、住民からの信頼失墜
- ・ 患者は町外流出、専門医志向、田舎の病院なんて

行政、病院、住民の無責任が地域医療をダメにしている。

・ 将来のビジョンがない。

・ 町全体を考えた政策をしていない。

・ 人に優しい病院ですか？

・ 安心して暮らせる地域？

病院再建をお願いされても病院内外に大きな問題山積

病院施設・設備、人材、政策 → 行政の仕事 → 町長と懇談会、認識共有
 看護、医療、コメディカルの質 → 病院の仕事 → 優秀な人材、研修で育てる
 住民の思考 → 住民の教育 → 広報、健康講座
 信頼関係 → 病院の仕事 → 接遇、健康講座、センター病院などとの連携
 保健事業との連携が弱い → 連携の働きかけ(森林ウォーキングなど)

長さんをお願いします。役場の仕事ですとお願いしています。年に最低3回は町長さんと懇談会を持って、お互いの意識が近くなるようにしています。だいぶ歩み寄りができてきていますが、もうちょっとなんです。それから、医療、看護、介護の質は、これは私たちの仕事なので、人材を育てるということを今やっています。それから住民の専門医師思考に対しては、健康講座を行ったり、毎月の町の広報を利用して病院でどんな検査や治療が可能か、新しい診療機器の宣伝などを行い病院を知ってもらう努力をしています。という形で、住民教育を行っています。信頼関係を築くために、病院の中に接遇を考える委員会をつくって患者アンケートを行っています。住民は地元の病院では治療が難しい場合、その先の安心感が欲しいんですね。次の医療機関を必ず保証してあげるといことで、センター病院や大学病院との連携を強めているところです。あと、保健事業との連携がまったく足りませんでしたので、これも今進めているところです。

自分にできるところから始めましょうということ、今、私たちは「当たり前のことを当たり前でできる」ようにしようと努力しています。それで塩谷先生の、「こんな〇〇はいらない」というのをお借りして、みんなにやってもらっています。病院理念をつくりました、看護理念も再認識をさせました。それからサービスを見直すた

めのサービス向上委員会をつくりました。環境美化委員もつくり活動しています。技師さんたちや看護師さんとは学習会を通して、自分たちの技術や知識の見直し、研鑽をしてもらっていますし、住民には病院アンケートを行って、中頓の病院は何がいけないかというのを住民から直接拾い上げました。それを拾い上げたものをまとめて職員に渡して、それぞれのセクションで対策を考えてもらっています。

中頓別町国保病院は小さいながらも多機能の病院を目指しています。これは大学の同門会誌にも書いたのですが、うちの病院は小さい病院だけれども、地元で可能な治療は最大限行います。そして、センター病院が疲弊しないように頑張り、良好な関係を維持しつつ地域完結型の医療をめざします。つまり、本来やっていたらかなければいけない高度医療が今、センター病院ではできない現実がありますので、センター病院にはそこを頑張ってもらって。それ以外の部分は私たちが引き受けますという形で整備を進めています。この整備も、特殊な機械は入れていません。どこの病院でもあるようなものを入れていきます。つまり、私が循環器の医者だからといって、循環器の高度な機械を入れて、私がもし転勤になったときに代わりの先生が使えなかったらむだになるんですね。だから、そういうことはしないようにしています。

自分にできるところからはじめよう！

- ・ 当たり前のことが当たり前でできるようになる
- ・ 職員の気持ちを変える:こんな〇〇はいらない！
(病院変わらなくちゃマニュアル 塩谷先生著)
- ・ 病院理念、看護理念の作成と再認識
- ・ 信頼を取り戻す:接遇、サービスのみなおし
→ サービス向上委員会、環境美化委員会の設置
- ・ 学習会、カンファレンスで手技や知識の見直し、研鑽
- ・ 病院アンケートの実施
→職員が頑張る雰囲気になっている
- ・ 小さいながらも多機能な病院をめざす
- ・ センター病院の疲弊を軽減したい
- ・ 普通の設備を整備
→診断、治療、看護のレベル向上傾向

それでも抱える問題として、15対1がクリアできない、高齢者の町のわりにはリハビリがないとか、事務部門の配置が早くて医事の専門がない。赤字ということばかり取りざたされてしまって、この町に必要な医療や保健は何なのかを考えられていない。それから、私がこういう医療をしたいと言っても、それを手伝ってくれる人が病院の中に少ない。それから行政は、相変わらず将来どうしたらいいかというのが今ひとつよく見えない。まだまだ役場自身も勉強していかなければいけないところだというふうに思っています。

病院の問題としていろいろなことに取り組みました。むだを省いてみたけれども、結局は小さな町には限界があるんですね。やったけれども、やったけれども、働けど働けど楽にならないというこの閉塞感を何とかしたいというところで考えついたのが、「町に元気がなければ病院だけ元気にしようがない」ということです。町の財政が厳しければ病院にお金を出すことはできません。ですから、町に元気になってもらわなければ、病院も元気にならないということです。

町のことを考えてみると、町の産業構造はどうなんでしょうか、人口はどうなんでしょうか。人口はどんどん減っていています。町が目玉がありません。じゃあ、

**それでも
中頓別町国民健康保険が抱える問題**

- 病院: 人材: 医師、看護師(15:1もクリアできない)、PTIいない
職員の意識ムラ、職員の高齢化
施設・機器: 老朽化、療養環境、エレベータ、リハビリ施設
事務部門: 配置換えが早い、医事の専門家いない
経営: 赤字の削減、不採算地域に指定されあまんでいる
院長のビジョンを具現化、分析する人材不足、権限が弱い
- 行政: 将来設計の欠如、人任せ、制度について勉強不足、現場を知らない、保健・医療の連携が弱い
- 住民: 専門医・都会志向、自分優先
- 地域: センター病院の疲弊、大学医局のつながりを活かした連携
地元の病診連携

まず病院の問題として

赤字削減のために

- 病院の経費の見直し、外来集客力と入院を増やす
- 無駄を省いてみたが・・・
- 医療制度、診療報酬体系が不利に変わった
- 2200人の町の限界がある

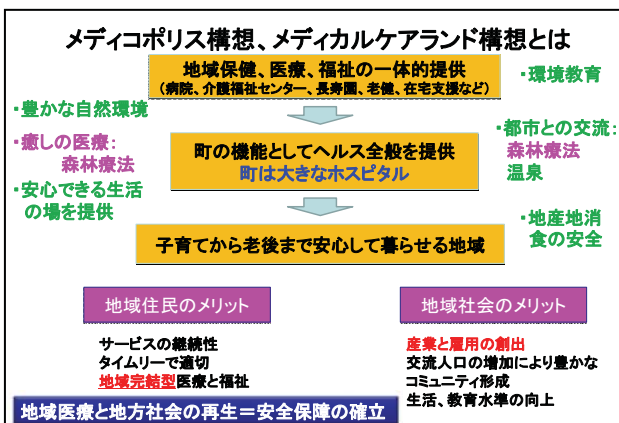
いろいろ改革を行ってみたが閉塞感をぬぐえない！

今できる改善も大切だけど将来への備えも必要

町に元気が無ければ病院だけの再生は難しい！

病院問題の向こう側もかなり重要

- 町の産業の将来は・・・、人口流出に歯止めは・・・
- 町の目玉がないと人は集まらない
- 病院がかかわる町の活性化とは？
- 「町は大きなホスピタル」、医療・保健・福祉を軸にした地域づくり
→メディコポリス構想、メディカルケアランド構想へ



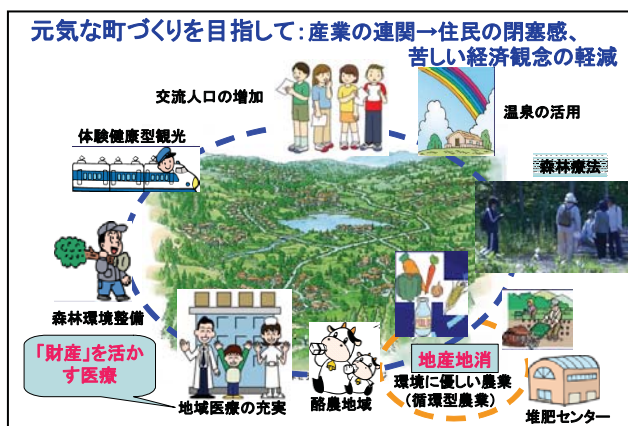
私たち病院が町のために何ができますか。今までは町にしてくださいと言う一方だったんですが、今度は私たちが町に何かできないでしょうかという発想の転換で、医療、福祉、保健を軸にした地域づくりができないでしょうか、ということでこういったことを考えているんですが、癒しの医療、特にその中で森林療法というものを使って町おこしに貢献できないかということを考えています。これは皆さんのレジュメの中に入っていますので、ご覧ください。

結局、産業というのは関連がないようでいて非常につながりがあるように思っています。中頓別は100年間、森を育ててきました。豊かな森に来てもらう体験型観光を展開すればどうかと思いついてスライドのような提案をしています。

幸い、子ども病院が森林療法の研究を行い、研究成果を踏まえて町民の皆さんに森を歩くと血圧が下がるので歩きましょうと薦めています。私は循環器の医者なので、町民の皆さんの血圧コントロールに力を入れています。そうすると、去年は脳出血がゼロでした。1年間、脳出血が発症しなかったんですね。ということで、病院ができることで町に貢献できることもあるはずなので、それをうまく産業とリンクするようにすれば、回り回ってうちの病院も豊かになるんじゃないか、患者さんも増えるんじゃないか、みたいなことを今は考えています。

財産を生かす医療ということで、これはすぐに病院の経営がよくなるということではありませんけれども、将来的な地域の医療を考えたときには私たち病院も町に何ができるかということを考えて一緒にやっていく姿勢が必要だろうと考えています。ここが民間ではできないことだと思います。公的病院だから、役場、行政と一体にな

った町づくり、医療再生というプランを作れるのではないかと考えています。しかしながら、現状のままで本当にいいのかということ、いろいろ工夫しなければならない点もありますから、地域の実情に合った経営形態の模索というのを考えていかなければいけないと思います。これは中頓別の状況であり、皆さんの自治体オリジナルのものを考えていく必要があるだろうと思います。私の話はこれで終わらせていただきます。



地域における公的病院の必要性

- ① 広大な面積、センター病院から遠い、人口密度が低く不採算地域:
 - ・当院を19床の診療所にしても費用は著変なく、収入が減る
 - ・無床なら採算がとれる
 - ・一次産業主体のため傷病の程度は大きく診断・治療能力は必要
 - ・縮小では診断・治療能力維持難しい、慢性期患者を戻せない
 - ・集約後、センター病院に重患集中
- ② 職員の能力開発
 - ・最大限活用すれば住民が納得できる赤字額まで減らせる
- ③ 地域の病院は地域社会と共存
 - ・高齢者が主要産業の働き手であり、病院縮小は住民の不安を増し都市への人口流出に拍車をかけ地域が衰退する危険がある
- ④ 行政と一体となって地域再生、医療再生プラン立案が可能
 - ・経営についてはプロのアドバイスが必要
 - ・地域の実情に合った経営形態の模索

(佐藤) どうもありがとうございました。中頓別町および住友先生の活動についてお話しいただきました。

最初の塩谷先生の基調講演から始まり、さまざまなキーワードが出てまいりました。その中で、私があらためて申し上げるまでもなく、いくつかのキーワードを皆さんが共通しておっしゃっていたことにお気付きかと思います。まず、私が一番大きいと思ったのは、ビジョンを持つことを認識することです。どのような医療を提供するのか、あるいは病院の機能として地域に何をしていくのかということは、皆さんすべてがおっしゃっておられました。その次は、ビジョンあるいは今やっていることをどう認識するかということです。これは病院スタッフ、あるいは役所の人のみではなく、地域の人々、あるいはいわゆる市民、住民といわれる人すべてが、何が欲しい、何を我慢する、どういう町づくりをしていくかについて考えることが重要だということが、浮き彫りになったわけです。そのような中で、塩谷先生がいらっしゃる徳島県、遠藤課長がいらっしゃる三春町、そして住友先生のいらっしゃる中頓別町、とそれぞれまったく違う規模・環境で、自治体病院あるいは地域医療について考えていかなければならないわけです。

それでは、塩谷先生は、中頓別町についての住友先生のお話をお聞きになって、どのように感じになられたのでしょうか。そして、今の塩谷先生でしたら住友先生にどのようなアドバイスをされるかという点についてコメントいただけないでしょうか。

(塩谷) 「医療を通しての町づくり」、住友先生のお話を聞いて感激しました。私も講演で最後に言いました、「医療は文化だ」と。医療は、単に医療ではなく、「地域にとっての大切な文化だ」と。地方公務員としての我々自治体病院職員は、医療を通して町づくりに貢献するべきであると日ごろ思っていますが、住友先生のところ



では、それをまさに実践されています。勤務医不足の中で、医師が2人しかいない状況で、言い訳をすることもなく、精一杯頑張っておられる。今は、言い訳の世の中なんですね、すべて。「何々だからできない。だからできない。だからできない」の言い訳ばかりです。しかし、中頓別病院では言い訳するのではなくて、本当にできることからやられています。「ミッション、パッション、アクション」でやっておられると思いますし、詳しくはおっしゃいませんでしたけれども、「メディコポリス構想」というか、地域の一部となってやっておられる。「地域密着」という言葉が使われていますが、私は「地域密着」ではないとずっと言ってきたんですね。密着というのは、あくまで対象を他人と考えるから、密着するわけです。恋人同士はまだ他人だから、ベタベタひつつ

きます。しかし、私のように結婚して 35 年もたつと、嫁さんとベタベタ密着なんてあり得ませんよね。なぜかという、嫁さんが他人ではなく、家族になったからです。それと同様に、病院が地域を他人と考えるのではなく、病院が「地域の一部」になることです。特に、自治体病院はその性格上、地域の一部になりやすいのです。地域の中に入って行って、地域の人と一緒に生活して、というのが自治体病院のあるべき姿です。そういう意味では、住友先生の病院では、田舎の自治体病院のこれからの在り方を、まさしく、先取りして実践されているなど、本当に感心というか感激しました。それから遠藤さんのところは、「組織は人なり、組織は理念なり」で、人によってこれほど病院が変わってくるのかなと思いました。今日は本当にお2人から勉強させていただきました。

(佐藤) ありがとうございます。続いて遠藤課長にお伺いいたします。住友先生は、町づくりの一貫として例えばメディコポリス構想といった形、森林療法を使うといったよう



なお話をされました。遠藤課長も、病院を町づくりの拠点として考えるというお話をされていましたが、具体的にどのような活動をなさっているかということをお聞かせ下さい。また、それとは別に、医師の確保について、あるいはメディカルスタッフの確保についてどのような取り組みをされているかということを紹介いただけないでしょうか。

(遠藤) 三春町が何で病院を残したかったかという、地域住民の声のほか、町内で開業している十数人の医者からも存続を求める声が寄せられました。第三者の立場で見ると、競走相手が減るんだから、なくなった方がいいじゃないかと言いますが、逆のようです。開業医は近くに入院させることのできる病院がないと自らの診療活動に支障が出るんです。病院の検査機器を使わせてもらうとか、症例を検討するとか、近くに入院させることのできる病院がないことは、彼らにとっては仕事をやる上で困るんですね。

例えば、開業医が往診した中で3日も入院させれば直るという患者がいた場合、郡山市の病院に入院するんでは家族も本人も大変です。県立病院がなければ郡山の病院を手配しなければならなくなりますが、直ぐに受け入れてもらえるかどうかは分からない。よく、かかりつけ医を持ってと言いますが、入院させる病院が近くにあることが前提です。そここのところのネットワークを組めなければ、たぶん地域医療は成り立たないでしょう。実際、郡山市や県立医大に行かなければ直らない病気というのは、全体の5%とか多くても1割はないでしょう。普通の病気まで郡山市の病院に行かなければならなくなったら、地域は終わりです。いろいろ考えていくと、健康というのは町民生活の最とも基本

の部分だと思います。参考資料2の1ページの下を見てください。長寿日本一は長野県ですが、医療費が一番安いのも長野県です。その理由を調べた結果を見ると、①在宅医療が充実している、②健診受診率向上のほかに生活改善運動が盛ん、③高齢者の生き甲斐づくり、の3つがポイントになっています。個別の分析では、70歳以上の有配偶率や、持ち家比率、高齢者の就業率などが高く、離婚率が低いと老人医療費も低くなる傾向があるといわれますが、これはやっぱり人間の道理だと思うんですね。これは病気以前の話です。そういうことで町立病院を拠点にして、開業医や医療・福祉関係者と健康を基調にした町づくりを進めます。町民が体力も気力もなくなったら町はだめになりますから。病院を拠点にして身体と心の健康づくりをする。根本的なところが改善されれば、町は元気が出てくるはずですよ。

福島県内のある県立病院の産婦人科医が医療事故の疑いで逮捕されて以来、全国的に産婦人科医不足が表面化しました。その対策として、ある自治体病院が年俸5000万円ですべての医師を確保しているという記事がありましたが、ある先生に聞いたら、5,000万円のカネで釣られてくる人はそれだけの人だからと。医者だって人間だ、全てかねだけで動いてるわけじゃないと言うんですね。医療関係者は、医者は医者の言うことしか聞かない、という話をよくしますが、この辺は難しいですよ。したがって、町が医者や医療技術者を探さなければいけないような方法は採らないことにしました。だから指定管理者にしたわけですよ。1000床クラスの総合病院は少なくとも50~60人の医師を抱えています。仮に、医師が足りなくなっても法人立病院だと医大とかいろいろなところと連携を取っていて、探す手段は持っているわけですよ。町の医療需要に応じた体制が組めますから、それで問題は解決します。平成17年と言うのは、ちょうど指定管理者制度ができたところだったので、これを使うことにしました。事業意欲の高い病院だったら、必ず手を上げてくれるはずだと期待を込めて、8法人に対して指名公募をしたわけですよ。多少不安もありましたので、公募方法の検討段階にそれぞれの病院にPRに出かけ反応を見ました。

医師が同じところに長く留まる病院、3ヶ月とか、半年、数年間隔でくるくる変わる病院、いろいろあります。これを見ると、医師にも居心地のいい病院とそうでない病院があるようです。いずれにしても医師確保は病院に任せ、町は病院の環境整備や地域との連携、保健福祉行政の充実を分担すると割り切りました。

(佐藤) ありがとうございます。

では、石井先生、病院や行政といった直接の現場でないお立場から、また、政策金融や国の政策に携わられたお立場からは、どのようなことが言えるのでしょうか。

(石井) 民間をどう使うかということに関しては、はっきり言うとまったく違う立場の方を、私自身は分かっているとお呼びしたような次第なわけですよ。というのも、このことに

関し、僕は、結果はあまり関係ないと思っていて、むしろ改革のプロセスというか、そちらの共通性をぜひ参考にさせていただきたいと思っているわけです。財政というような立場で見ても、自治体病院の赤字なり、それに対する繰出というのは、地方財政全体から見たら微々たるものだという見方もできるわけですね、数字だけでいけば。それなのになぜ問題になっているかというあたりもう1回考えてみる必要がある



と思います。特に北海道の場合は、塩谷先生が徳島県立病院の話がされたときに、税の話がされましたけれども、税金を払って病院が維持されていると考えておられる地元の住民がどれだけいるかということが、たぶん一番の問題なのだと思います。要するに、国からお金をもらって維持するのが病院、だから、使わなくてもいざというときの安心だけは確保すべきだ。極端に言うと、そういうことのために病院が必要だと言ってないかと言いたいわけです。遠藤さんも利用されていないという事実をおっしゃいましたし、僕も最初に、病床利用率が非常に低いのに必要だという議論になっていることの矛盾について申し上げましたが、そのあたりがこの問題の整理のスタートラインではないかと思っているわけです。それと、むしろ今、地方分権ということが言われていますが、北海道のいわば公的な資金の使い方というようなことで言うと、非常にハード偏重で、大変失礼な言い方をしますが、いらぬものをいっぱい造ったり、余計な箱を造ったりというようなことがあるわけですね。それで本当に必要な医療機能が維持するお金がない。まったく違う切り口で見ていただくと、そういう現実が今の北海道の財政なり地域経済の現実なわけです。過疎の問題でも、札幌の一極集中が問題だと言われています。私もちょっと資料を付けていますが、最近の札幌一極集中というのは、お金持ちが別に来るわけじゃなくて、高齢者とか、どちらかという社会的弱者がより都市に流れてくるというようなことが起こっています。財政状況なども、むしろ札幌の医療福祉の方が、ほかの道内の小さな町村よりもずっと重たい問題になってきている現実があります。地域医療の問題は、誰かが助けてくれる、もしくは大都市はいいじゃないかという、そういう対極の問題ではなくなっているというところから始める必要があるわけです。なおかつ、地域医療を失ったら本当に地域崩壊することも間違いない1つの現実ではないかということを見据えて、本当にこれは知恵を絞って本気に考えていかなければいけない問題になっているわけです。今日はまさにその入り口の議論にしかありませんけれども、あえて、入り口の議論を再確認したかったというようなところです。

(佐藤) ありがとうございます。

住友先生からは、看護師さんの確保について、現時点では15対1をクリアできてないとのお話がありました。

私は、昨年末に中頓別町を訪問させていただいたのですが、その時は、札幌から音威子府まで特急で行って、そこからバスで移動いたしました。非常に時間もかかり、東京よりも遠いというような感触でした。そのような地理的な条件の中で、看護師さん、あるいは医師を確保していくために、先ほどあったお話に加えて、今後、考えていらっしゃることはありますか。

(住友) 看護師さんの募集は実はなかなか難しいですね。まず地域に医師も含めて、医療スタッフがなかなか来たがらないのは地理的な不便さがあります。それから、その町に知り合いがないんですね。知らない町にぼんと来て、どういった生活をしていいのかわからない。都市から遠いですから、買い物はどうしたらいいとか、コンビニはあるんですかとか、そういった生活に非常に問題を抱えています。ですから、なかなか来手がないのが実情です。



では、地元にもまったく看護師さんがいないのかということ、実は若い方で仕事に就いていない方がいらっしゃるんですね。そういう方々を有効利用していくという発想が今までなかった。そういった情報も実は私たちは持っていなかったりしたんですが、看護師が少ない、何とかしないといけない、この町の近くにないだろうかということでリサーチをすると、そういう方々がいらっしゃるということで、実は春からそういった方々になんとか職場復帰していただきたいということで、今、アプローチをしています。それで、今、正看を2人確保できそうなめどが立ちつつあります。

プラス、看護学校にはまめに電話をかけます。師長さんに電話をかけてもらっていますし、私も電話をかけていますし、事務長には足を運んでもらっています。それで道北の看護学校にも働き掛けて、なんとか町を売り込んでいるというのが今の状況です。

それから医師についてですが、私自身中頓別町の出身ですけれども、中頓別町は20年前に画期的なことを行いました。それは、町出身者が医者になったら将来の医療が確保されるというふうに当時の町長さんは考えたんです。国立でも私学でも構わないから、とにかく行きたい人は行ってくださいということで、私が手を挙げて受かったんですね。

それで、結果として私が戻ってきて今日お話したようなことをやっていますので、当面、中頓の医師対策としては確保されたということ。あと、私自身が旭川医大の医局に入局しているということで、常勤の派遣はなかなか難しいんですけれども、医大から週末などの派遣をしてもらえるとという状況です。

それから、北海道の3つの医育大学はどこも今、人が足りません。医局が疲弊していますよね。人が足りなくて、派遣を要請されるけれどもなかなか出せない。その中で多

くの教授たちがおっしゃっているのは、今は教授がどこどこに行ってくださいという時代ではありません、むしろ町が若い先生方に何を提供してくれますかと。つまり、若い先生方の気持ちをどうやって獲得できますかということなんですね。つまり何が研修できるのか。大きな病院に若い先生は行きますけれども、そこで研修できないものを町は何を提供できますかということなんですね。そこが提供できれば、若い先生は来てくれると思います。学生たちに、今日、皆さんにお話ししたようなこととお話しさせていただくんですが、学生さんたちの反応は悪くはないんですね。そうすると、今、4年生とか5年生の学生さんの中で、将来は北海道の地域にいてみたいという人も現われると思います。すぐに来てもらえるというのはなかなか難しいのですが、そういった地道な努力を重ねることによって、北海道の地域にまた若い先生方が戻ってきてくれるのではないかと考えています。それから、北海道に来たいという先生も本州の先生でいらっしゃるんですが、このときに考えなければいけないのは、例えば私の後輩たちが今、皆さんの自治体に行っているんですが、その若い先生たちが皆さんの自治体病院を辞めたいという先生がいるんですね。それは、住民が皆さんの病院をどう思っているかだと思うんです。私の病院も、地元の人たちが田舎の病院なんて、と、思っています。某市立病院に行っている若手の先生たちが皆さんの住民から、うちの市立病院の先生なんて、と、やっぱり言われることがあるそうです。患者さんやご家族がここではなくて札幌に行かせてください、旭川に行かせてくださいと言うそうです、その度に若い先生のやる気が削がれるんですね。地域の住民の方々も地元の病院やそこに勤務する医師のことをもっと考えていかないといけないと思います。若い先生が働きやすい環境をつくっていくということが必要だろうと思っています。

(佐藤) ありがとうございます。

今回、このセミナーのサブタイトルに「官民連携の可能性」と付けさせていただきました。前半で、清水課長に官民連携の運営手法についてお話いただきました。運営面に限定すると、官民連携という視座は私たちにとって非常に限られた視座のように感じられるかもしれません。しかし、地域医療という面にとらえれば、官民のいずれかに、私たち全てがあてはまることとなります。また、地域的な偏在はありますが、民間病院や開業医さんも地域医療の担い手です。地域医療という大きな枠組みについては、その地域全体で、住民もまきこんで理解し、選択する必要があります。時には、その地域のみならず周辺地域、さらには国全体で取り組まなければならないでしょう。その意味で、自治体病院の在り方を検討しなければならないのは、決してその自治体病院や運営主体である自治体、すなわちいわゆる官だけではないのです。

さて、本日のセミナーについて、私の隣から順番に一言ずつまとめていっていただこうと思います。塩谷先生、いかがでしょうか。あり方という意味でご示唆をお願いします。

(塩谷) 基本的には、自治体病院の在り方は、地域と一体となって考えていくべきであると思っています。住民側も病院に対して要望ばかりではなくて、積極的に医療に参加して、「病院を育てていく」というスタンスが必要です。我が町の病院として、育てていくことです。そのようなシステムを、行政と病院と住民とが一体となって創る事です。しかし、まさに住友先生の言われたように、地域医療をダメにしているのは、行政と病院と住民の無責任さにあると、私も思います。だからこそ、それぞれがしっかりと責任を果たしていくということに尽きるのではないかと思います。ただ、都会の医療と、地方都市の医療と、住友先生のところの医療とは違う部分がありますけどね。もう1つは、「税の投入に対するレスポンスビリティ」の意識です。「自治体病院は、税を投入して医療をやっているんだ」ということを、職員も住民もしっかりと認識すること。そのあたりを再確認したらどうかなと思います。

(佐藤) 住友先生、お願いします。

(住友) 私たちは技術者です。技術者は働く環境がよければ一生懸命働きます。そこに技術を提供することによって、それに対するお給料をいただいているという認識をみんなが持てればもっともっとよく働けると思うんです。いい環境を提供してあげることが重要なのかなというふうに思います。今年うちの病院のテーマは、人と技術と知識が生き生きと生きる職場にしよう、というふうに年頭に決めました。ということで、病院を構成するスタッフがハッピーでないといい仕事はしてくれない、というのが私のこの3年間の経験です。そういう意味で、ぜひ自治体病院の関係者の方々とか行政の方々には働きやすい環境をつくってあげていただきたいというふうに思います。そうすると、彼らはきっちり考えてくれると思うんです。きっと自治体もよくなっていくんじゃないかというふうに思っています。



(佐藤) ありがとうございます。では、石井先生、お願いします。

(石井) お金の話ばかり最後までしてしまいますけれども、以前、関連するつたない分析をしたことがあります。それは、自治体病院と民間病院の割とはっきりした違いということで、要は利益を優先すると、極端に言えば入院患者に入院の必要がなくなっても、もう少し病院にいてもらうようなことが起こるわけです。入院期間を長くするようなことまですれば、収益をある程度まで上げることができるということがあるわけです。これに対し、少なくとも、自治体病院は、意図的か、まったく逆かは分かりませんが、そういうことはやってないと言えそうな実態があるわけです。要するに、財政にとっての重さで言えば、病院の黒字、赤字よりも、市町村が所管する国保の問題の方がずっと大きいわけですから、むしろトータルの医療費をどう合理的にセーブしながら、まさに健康な地域がつかれるかということが自治体病院の1つの生きる標になるのではないかということを思っています。

(佐藤) 遠藤課長、お願いします。

(遠藤) 今日の発言をまとめたいと思います。これからの「まちづくり」のテーマは健康です。よく、高齢者の医療費が掛かり過ぎるという話を耳にしますが、行政が地域医療の体制をしっかりつくらない限り、老人は不安を感じ医療費支出も増えます。過剰反応かも知れませんが、財政を所管していると余計感じます。人間の身体は80年とか90年持つようにできているんだと思うんですが、これはストレスを溜めずに、きちんと健康管理をしていければの話ですが。そこにかかわっているのが医療人ですが、いくら腕がよくても、心の病まで治すのは大変です。そういう意味では、からだの健康、こころの健康と、地域や家庭の健康というのは密接な関係があると思います。したがって、地域の病院と開業医、薬剤師、行政、住民が連携して取り組む。ここのところを行政がきちんと押さえておけば、うまくいくはずですよ。

町には三杏会という団体があり、ここで町の行政と病院、開業医との連携をとってきました。新しい町立病院には3階に広い研修室を設けますので、ここを会場にして地域医療の関係者が症例検討会や勉強会、健康講座などを開きます。また、開業医から町立病院にこの人を数日間入院させてほしいと電話がかかってくるたら、車で迎えに行けるぐらいの体制は作ろうとしています。そういう病院になれば地域住民の信頼は高まるはずですよ。高度医療の役割をもった病院は郡山市や県立医大の方にあるわけですから、地域には、それ以前のお世話ができる病院があればいい。

長野県の佐久総合病院だとか、かつての沢内村立病院など、地域医療で有名になった病院を見ると、彼らはそれほど条件に恵まれたところでやっていたわけではないですね。ほかから見たら成功する要件がそろっていないところで立派に病院をつくっている。ここのところをきちんと考えていく必要があるのではないのでしょうか。

浜松に聖隷福祉事業団がやっている病院がありますけれども、事業団の歴史を見ると、

当時誰も相手にしなかった結核患者を受け入れたため、地元から排斥運動を起こされているんですね。そんなところで、自分たちが身銭を切りながらやってきて、今になってみると、あれだけの病院になっている。レジュメにも書きましたが、何とかしたいという気持ちが、大きく育てたということです。それは1人でやっていたらどうしようもないんですね。ここのところは見習う必要はあるのではないかと思います。これは保健センターで考えればいいとか、頼んできた先生は優秀な人なんだからと言ったって、孤立させたらどうしようもないですね。宝の持ち腐れです。

最後に三春町で北海道出身者が活躍している話を紹介します。昨年、町立新病院の早期建設のために行った設計施工一括発注のためのプロポーザル選定委員長を務めていただき、さらに町立病院の運営にかかわっていただいている葛西先生は2年前まで北海道がフィールドでした。福島県立医大は家庭医を育てる講座を設け、先生を招請しましたが、先生の教えを乞おうと、毎年7～8人の研修医が北海道から沖縄まで全国からきています。この中には上砂川町の生まれの石田真実先生もいます。葛西先生のユニークな教育法というのは医者を現場で育てるということです。県内の5病院・診療所に研修医を配置しておいて、そこを1週間周期で回って一緒に診察しながら現場で指導していくんですね。また、医学生や研修医を地域の家庭にホームステイさせる。その町のことを知らなければ、その町の住民は診られないという哲学です。葛西先生には町立病院での指導のほか、町の広報には健康コラムを寄せていただいています。診療と健康教室、コラム執筆など、有名になりました。地域医療が充実すれば、住民は安心して生活できます。最後に、福島県の県立病院廃止に伴う三春町への病院移譲のポイントを整理して終わります。

- ① 三春町は福島県から移譲を受け、町立病院を拠点に健康のまちづくりを進める。
- ② 県は町が町立病院を開設するため、病院の資産一切を無償で譲渡する。
- ③ 町は、病院職員は引き受けない。県立病院の職員は他の県施設へ配置転換。
- ④ 県は、町立病院の初期投資費用として総額19億円及びその他必要な支援をする。
- ⑤ 町立病院は公設民営方式で運営する。指定管理者は中通りの財団法人立以上の規模から8法人を指名公募し選定する。医師確保、診療科目の充実、独立採算経営(町は赤字補てんをしない)、更新財源確保のための減価償却費満額積立てが主な選定条件。
- ⑥ 新病院の建設コストが病院経営を圧迫しないよう、低コスト建築のため設計施工一括方式で建設する。建設予算は坪60万円以内。新病院は早期立上げのため、県の移譲から1年以内の工期で完成させる。また施工業者には工事に10年間の瑕疵担保を求め、あわせて工事への地元業者の参画と実績報告の義務を課す、など。

以上でした。あとは資料をご覧ください。

(佐藤) ありがとうございます。時間が許せばもっといろいろお聞きしたいのですが、

一度ここで締めさせていただきたいと思います。

本日、このパネリストの方々をお呼びした理由について話させて下さい。それぞれの地域で成功されている気鋭の方々だからということや、強いリーダーシップとキャラクターをお持ちの方々だからとittedだけではなかったんです。非常に大変な環境を自分たちで打開され、周りを巻き込んで自治体病院、あるいは地域医療をつくり上げようとしているの方々だからということが、大きな理由でした。それぞれの方のお話を伺いたかったのはもちろんですし、パネリストの方々同士の議論を是非お伺いしたいなと思ってお呼びしたわけです。これをもちまして、いったん締めます。

しかし、5時半ぐらいまで会場と先生方に了承をいただいていますので、会場の皆様から少しご質問、ご意見をいただこうと思っております。お時間がある方はお残りください。

今から本日会場にお越しいただいた皆様にご発言をいただこうと思うんですけども、最初に私がどうしても伺いたい方が1人いらっしゃいます。中頓別町国保病院の看護師長さんが今日、お越しになっています。パネリストの皆様は、それぞれの組織の頂点に立って、先頭を切って変えていくぞという方々でした。住友先生と共に働き、間近でご覧になっていて、そして今日のお話を聞いていて、看護師長の田澤様はどういうふうにお考えになるか、コメントいただけないでしょうか。

(田澤) ありがとうございます。私は一昨年の7月から中頓別に看護師長として着任いたしました。住友先生の中頓別を何とかしようという強い気持ちに負けてしまいまして。本当はもうリタイアして遊びたかったんですけど、それに惹かれて中頓別までやってきました。日々、先生は次から次と新しいことをなさるんですね。田舎の町で大した医療機器もないのに、あれをやる、これをやると言われて、とても苦労しています。もともと私は助産婦なものですから、産科だったら何を言われても、はいはいと言えるんですけど、循環器の先生に、あれをやれ、これをやれと言われても、機械がないのにどうするの、じゃあ、誰からモニターを外すの、というようなところから毎日の仕事をしています。私を含めて14名ほどしか看護師がいませんで、それで外来もやれば、保健センターに行って健診のお手伝いもすれば、往診に行って。それから先生が積極的になさっている森林療法のお手伝いでも、血圧測定とかココロメーターの測定とか、お手伝いをして結構大変な日々を過ごしています。なんとか看護師を募集したいと思ひまして。それが全体の自治体で11施設あります。そこで一昨年旭川医大の看護学校の学生さんに、夏休みの体験学習というのを募集しまして。3泊4日で、その地元のところまで来る交通費だけご自分で負担していただいて、宿泊費とか食事とかに関係するのは全

部、病院持ちということで、学生さんを募集しています。一昨年は43名、今年は34名の学生さんに参加していただきました。今やっているのは1年生から4年生までですけど、4年生は国家試験があるのでなかなか来ていただけないんですけど、3年生までの学生さんが見えますので、10年ぐらいすると340人とか、大勢の方が地域を知っていただくということになります。その中から地域の医療を担う看護師さんが育ってくればいいなという、遠い先のことを考えながら頑張っています。中頓別は、先生が一生懸命なので、看護師もそれに付いていくように勉強しないといけないですね。毎日が大変なんですけど、中にはサボる人もいまして、その人をどうしようかなと今考えています。今年は看護目標を。先生の目標があるんですけど、それに倣って看護部でも目標を達成できる看護目標を立てまして。一番最後に、勉強会、研修会に積極的に参加するという目標を立てましたので、これからは個人個人の出席率を出して発表しようかなと考えています。民間の病院ではたぶんもうなさっていると思うんですけど、人事考課という制度がありまして、そのまね事ではありませんけど、各自個人目標を何をいつまでどのようになるかというふうにして立てさせて、前期と後期に分けて自己評価をして面接をしてこちらでも評価をするというようなことを今年からはやっていこうと考えております。

(佐藤) ありがとうございます。

さて、会場の皆様のご質問、ご意見等がございましたら挙手をいただけますでしょうか。

(QQ) 今日はありがとうございます。森井といいます。先ほど、塩谷先生のお話のあったオファー発信を私は努めております。先ほど、塩谷先生のお話の中で、全部適用、表現として2勝25敗という表現をされていたんですけども、その25敗がすごく気になる部分でして。塩谷先生は2勝された側にいらっしゃるので具体的にという形にはならないかもしれませんが、その25敗されている原因をどのようにお考えなのかをお聞きしたく、ご質問させていただきます。塩谷先生にお答えいただきたいのですが、もしほかの方も何かご意見があれば、併せてお願いします。

(塩谷) 25敗の理由ですか。他県のことはよく分かりませんが、やっぱり基本的には先ほども言いましたが、「税の投入に対するレスポンスビリティ」をきっちり持ってないということなんですかね。公共性と経済性という、相反する問題はありますけれども、それをどう解決していくか、そのノウハウがない。私は講演の中でも言いましたが、「25敗は罪悪である」とは思っていないし、「2勝は勝利である」とも思っていない。基本的にはやはり、「胸を張れる赤字」です。「税を投入してつくる自治体病院の医療という製品と、税を払いながらつくる民間病院の医療という製品の、どこが違うのか」。

これを分かりやすく住民に提示して、住民に判断していただくことです。つまり、自治体病院の経営問題は、住民が判断すべきで、経営コンサルタントが判断すべきではないと思っています。そうしないと医療は変な方向に行ってしまいます。事実、現在、公立病院改革ガイドラインでどこの病院も右往左往していますよね。そのあたりも問題だと思います。

(佐藤) 病院を評価すると言ったときに、通常、病院に行く方は病気になられた方、患者さん。高齢者の方がどうしても多くなるという部分も含めて、一般市民といいますか、特に病気を持たない若い方には病院は縁遠いところであったりするわけですがけれども。そういう人に理解を求め、あるいはそれが意味のある赤字であるかどうかということを示すときに、どのような方法があるとお考えですか、石井先生。

(石井) 私もいくつかの病院についてはかなり細かく数字を見たりはしているのですが、今時点で個別の政策医療にいくら赤字だったという風に出てくる数字というのは非常に信憑性がないなという感じを正直言って持っています。あまり細かく数字をつくることに意味があるということではなく、要するに本当に担うべき政策医療が何かという意味のコンセンサスがたぶんないのではないかという気がするわけです。ないから説明もありきたりだし、聞く人も、人によってはその通りと思う人もいるかもしれないけど、まったく理解できないということにもなると思うわけです。たぶん正しい評価指標というのはできない。要するに客観的に正しい評価指標というのは絶対できないと思うんですね。できないけれども、それぞれの事情に応じて必要な指標というのであれば、本当はもっといろいろあるべきです。少なくともそれは自治体病院の繰出基準というか、財政的にやや形式的に決めているようなものとはまったく違うのではないかと思います。全適の話もざっと見たことはあるんですけども、結局、全適して何をしたいかという明確なメッセージがあって全適されているケースって逆にあまりないと思うんですね。非常に嫌な言い方をすると、首長さんがアリバイづくり、もしくは自分の責任でなくすために全適したんじゃないかと思ってしまうようなケースもあります。要するに、全適して企業管理者、病院管理者に別の人に置いて、極端に言ったら公募してやりたい人にやらせるわけです。でもそこにある種、明確な目標を伝えないで、よくしてくださいと包括委任するわけです。それで何が変わるんだろうというふうに率直に思ったケースがいくつかあります。

(佐藤) ありがとうございます。ほかにご質問、ご意見のある方はいらっしゃいますか。

(QQ) 本日は貴重な講演、どうもありがとうございます。市立〇〇病院で事務局に携わっております田宮と申します。塩谷先生にちょっとお伺いしたいんですが、やはり意識

改革というのはすごく大きなポイントになると思うんですけども、実際にそれぞれの職場ですごく前向きに努力している職員がいます。そういった職員を核にして院内の意識改革を進めていったことだと思うんですけども、とにかくそういう職員の場合に逆に煙たがられるとといいますか、なかなかいいところが発揮できないケースが多々あるかと思うんですけども。先生が病院を短期間の間に改革されていったときに、どういうふうに広げていくとといいますか、そういう面では一番、こういう点に配慮してやっていくことが大事だと思うということを具体的に教えていただければありがたいです。

(塩谷) なかなか難しい問題なんですけど、基本的には、「意識改革ではない」ということです。意識改革ではなくて、まず、「意識を覚醒」してもらわなければいけません。現在、世の中では、あらゆる組織体で「意識改革！意識改革！」と耳にタコができるぐらいヒステリックに叫ばれています。しかし、はたして、意識改革がちゃんとできた病院や企業や行政にお目に掛かったことがあるかということ、実は、ほとんどないんですよ。それはなぜかということ、「意識改革というのは、あくまで、意識がある人に対してするのが大前提」であり、「意識がない人に、いくら、意識を変えなさい」と言っても、変わるわけがない。これが私の基本的なスタンスです。

意識を覚醒してもらうためには、「知っている」、「分かっている」をクリアすることです。自分が何のために医師になって、看護師になって、地方公務員になって、自治体病院が何のために設置・運営されて、自分が何のために自治体病院に勤めているのか。これを理解して分かってもらう。つまり物事を「根本から見つめ直して、やり直す作業」こそが意識の覚醒のためには必要なことであり、それをまず実行してもらわなければいけません。これを徹底して行うことです。その前段として、厳しいことではありますが、「全面否定」することです。「ダメだ、ダメだ」と。全面否定したら、かなりの反発がありましたけど、「もっと仕事のしがいを感じられて、生きがいを感じられて、働きがいを感じられて、患者や家族から喜んでもらえる、そういう医療の世界があるんだ」ということを、背中で見せていくことが必要です。しかし、背中で見せても、ついてこない職員がいます。ご承知のように「2:6:2の法則」なんです。言わなくても分かる人が2割、言えば分かる人が6割、言っても分からない人が2割の2:6:2。私は、はなから言っても分からない人は相手にしません。言っても分からない人は、自然淘汰か突然変異を、～突然変異はほとんどありませんが～、待つしかない。大切なのは、言えば分かる6割の集団なんです。ところが低迷している病院や組織においては、言えば分かる大切な6割の集団が、言っても分からない2割の人たちの声の大きさに惑わされて、言っても分からない集団に移りかけているんですよ。ですから、そのあたりはもう全面否定して、言えば分かる6割の集団を大切にすることです。

「やってみせ、言って聞かせて、させてみて、褒めてやらねば人は動かじ」、というのがあります。私は基本的に褒めるのが苦手ですけども、やっぱり褒めつつ、背中で見

せつつです。背中で見せる、つまり、率先垂範ですが、これもやりつづけると職員はその背中に依存してしまう。「塩谷院長が全部やってくれるから、我々は塩谷院長の後だけついていってれば、病院はよくなっていく」と職員が思うということは、実は、ある意味では、職員の成熟を妨げているんですね。私は、そういうことに気がついて、率先垂範を2年やったあとの1年間は、率先垂範をやめる。そして、何年かして、また率先垂範に戻る。それを繰り返すことによって職員の成熟といいますか、組織の成熟を促してきました。病院を良くするためには、1つというのではなくて、いろいろなやり方を組み合わせながら、意識改革ではなくて意識を覚醒させていく作業が必要なんです。それには、「何が本質で、何が本質でないのか」とか「何が正しくて、何が正しくないのか」とか、本質を見極める習慣を職員に植えつけるやり方ですよ。

自治体病院で働く者は、知識労働者なんですよ、実は。我々医師や看護師は国家試験をパスして、事務職員は地方公務員試験をパスして、日々やっていることは、診断治療・看護・病院管理などすべて知的作業なんですよ。知的作業をごく当たり前にやっているにもかかわらず、「失敗の本質を見極めて、それを教訓にして生かす」という知的作業ができていない。そのあたりを分かりやすく説明し、職員に実践させていくということじゃないかなと。

(佐藤) ありがとうございます。では、次の方、お願いします。

(QQ) 今日は大変興味深いお話をありがとうございました。北大公共政策大学院の木幡と申します。また、塩谷先生には覚醒という塩谷経営の中核となるような、大変うれしくなっていました。違った観点からちょっとご質問したいんですが、今日のお話を聞いていて、いわゆる公立を公立のままでやるにしても、あるいは民がやるにしても、法的医療としての地域医療。地域医療機関の連携とか、住民への働き掛け、あるいは地域の政策との関連付け。そういう地域医療に関する教育が意識レベルであまりなされていないんじゃないかと。それが無いがために、今、地域医療という政策を担う人が非常に不足しているのではないかという感覚を持ったんですが。今後、官民連携しながら民も携わって地域医療を担っていくとすれば、その部分を手厚くしていかないと、絵に描いたもちになってしまうのではないかと思ったんですが。大学の方でも今は地方大学はかなりそういう地域医療に力を入れてきているのではないかと思うんですが、地域医療に対する教育の実態、その辺をどういうふうに評価されているか、塩谷先生、住友先生からお話を伺いたと思います。よろしくお願いします。



(塩谷) 木幡教授が総務省から香川県に出向されて、その部長時代に大変お世話になっていろいろご指導していただいて、今日は久しぶりにお会いしました。まさに、おっしゃるように、徳島県の地域医療をどうするのかを、徳島大学と徳島県がしっかりと連携しながら、方向性を打ち出し、実践していかなければならないと思っています。そのために、昨年11月に、県が年間3,000万円出して徳島大学医学部に「地域医療学分野講座」をつくっていただいて、県立海部病院内に「地域医療研究センター」を開設しました。これは委託講座ですが、1年生から6年生までの医学生を、年間1カ月は県立海部病院を拠点に、その周辺の地域に出て掛けていって地域医療を肌で感じさせようというシステムができました。逆にいえば、今まで、そういうアプローチが全然なされていなかったんですね。スライドにも出しましたが、地域医療の夏期研修として、県がお金を負担して、僻地へ学生を集めて、1週間、2週間泊まりがけで合宿するというふうなこともやっています。坂出時代も、島への巡回診療には学生を夏休みに連れていって、島での医療の実体を見てもらうことをやってきました。そのように地域医療を肌で感じることによって、多少とも地域医療に興味をもってくれるようになる。しかし、興味をもつことと実際に勤務してもらえることとは別問題であり、そのあたりをこれからどう解決していくか、非常に難しい問題ではあるんですけども。遅ればせながら地方大学医学部が地域医療の重要性をやっと認識していただけるようになり、県と一体となった医療政策が動き出したというのが徳島の現状です。

(住友) 旭川医大の場合は、5年生を地域医療実習という形で1週間、地方に派遣しています。これは5年生全員が行かなければいけません、うちの病院には毎年4~5人来ています。ただ、学生さんに聞いてみると、学生の希望は離島と美瑛、富良野なんですね。観光地の人気が高いそうです。病院によって内容もまたまちまちで、うちは簡単な医療行為と一緒に学生とやっています。それから、できるだけ見てもらっています。患者さんの診察を見てもらいます。処置を見てもらいます。もし臨終の場があれば、臨終の場に立ち会ってもらおうという形で、学生さんに多くのことを経験してもらおうというふうに思っていますが、ほかの病院はただ診療だけ見てくださいというところもありまして、実は実習の内容も行った先々に一任されてまちまちというところが問題ではなかろうかと思っています。

最近、地域に行ってもいいと思っている学生の割合がだんだん増えてきたように思います。100人入学して50人おりませんけれども、以前に比べると、地方に行ってもいいと思っている学生は確実に増えているように思います。特に学士入学で入ってこられている方々、1回、大学を出て社会人を経験した人はもう1回医学部に入り直す。なぜ医学部へ行くのかというと、彼らが新聞やニュースで地域医療の困窮した状況を知り、そこで働きたいという明確な意志を持って入ってくる人が増えています。先月来ていた

学生もそういう1人で、会社を辞めて医学部に入学、必要とされる地域に行きたい。北海道出身者ではありませんが北海道に残って働いてみたいと言う意見を述べていました。だから、学生の気質もだんだん変わってきています。

問題は今の学生と私たちの世代の間の医師ではないでしょうか？彼らは決して地域医療をやりたくてきているわけじゃないんですね。自分の意思とは無関係に派遣されて来ています。地方で何かをしたいという目的がないので、1年いさせてくださいという印象です。医師一人ひとりの目的が異なりますから、地方ではモチベーションの上がない人もいます。私の希望は地方に派遣された限られた期間にそこでしか学べない事を学んで欲しいと言うこと。地域医療再生の一端をともに担って欲しいと言うことです。先輩医師に相談したところ「1+1=2」になると思っていることが間違いで、マイナスにならなければそれでいいだろうと言われました。これも一つの考え方で分かるのですが、今医師をやっている中間の若い先生方をどう再教育するかということの方が非常に重要ななと思っています。大学で働いている若手の先生方の年収は安く、お子さんがいる家庭では生活が大変だと言っています。そういう先生は地方に行きたい、就職したいという気持ちがなくはないんですね。だから、そういった先生方とどうやって私たちや皆さんが知り合うかということが重要なんですが、残念ながら仲介する業者はあるのですが、そういうところは仲介料をすごくたくさん取るものですから、実際には成立しないんですね。リーズナブルに紹介してくれるようなところがあれば、医師の回転率はもう少しよくなるかと思っています。

(佐藤) ありがとうございます。また新たに非常に大きな問題が提示されたわけですね。

それではそろそろ時間が参りましたので、これで終了したいと思います。あらためて、4人のパネリストに拍手をお願いいたします。ありがとうございました。

経営面からみた北海道の自治体病院の現況

1. 自治体病院の経営実態

○自治体病院は全国に 1,047 あり、全病院(8,943)に占める割合は、病院数で 11.7%、病床数(250 千床)では 15.4%に(2006 年 10 月時点)

○自治体病院は都道府県、市町村、一部事務組合などが経営主体となる地方公営企業に位置づけられ、独立採算を運営の基本にしているが、高度医療、へき地医療などの政策的な医療を担うという性格づけから、毎年度の財政支援が常態化

○その損益は、国や地方公共団体からの負担金・補助金 5,417 億円(医業収益の 15%に相当)を受け入れて、なお△1,476 億円の赤字に(2005 年度決算)

○医業収益では官民でほとんど差異がないなかで、給与と建設費(償却・金利負担)の官民格差に起因する費用増加が 6,293 億円に及ぶとの試算結果に

(表 1) 給与の官民格差(月当たり)による費用増加額の試算

	自治体病院a	民間病院b	差引b-a	指数b/a × 100	自治体病院 職員数c	費用増加 額d
	(千円/人)	(千円/人)	(千円/人)		(人)	(億円)
医師(含歯科医師)	976	1,023	-47	95	24,183	-177
看護師	379	322	57	118	122,475	1,089
准看護師	363	283	80	128	10223	128
看護業務補助者	236	195	41	121		
薬剤師	402	398	4	101		
医療技術者	413	301	112	137	31412	549
事務職員	399	290	109	138	15,268	260
技能労務員	317	239	78	133	11059	135
計					214,620	1,982

(注) 1. $d=(b-a) \times c \times 12 \text{ 月} \times 1.3 \div 100,000$ で算出した。

2. 自治体病院職員数は 2005 年度地方公営企業年鑑の数字を用いた。

(資料)「病院経営実態調査報告」(全国公私病院連盟ほか)をもとに作成。

(表 2) 100 床当たり収益・主要経費の官民格差(月当たり)による費用増加額の試算

	自治体病院a	民間病院b	差引b-a	指数b/a × 100	自治体病院 病床数c	費用増加 額d	
	(千円)	(千円)	(千円)		(千床)	(億円)	
医業収益	127,322	125,590	1,732	101	250	-520	
主要経費	給与費	73,395	64,396	8,999	114	250	2,700
	材料費	36,205	30,184	6,021	120	250	1,806
	減価償却費	9,293	5,396	3,897	172	250	1,169
	支払利息	4,302	2,241	2,061	192	250	618
	計	123,195	102,217	20,978			6,293

(注) 1. $d=(b-a) \times 12 \text{ 月} \times c \div 10,000$ で算出した。

2. 自治体病院病床数は 2005 年度地方公営企業年鑑の数字を用いた。

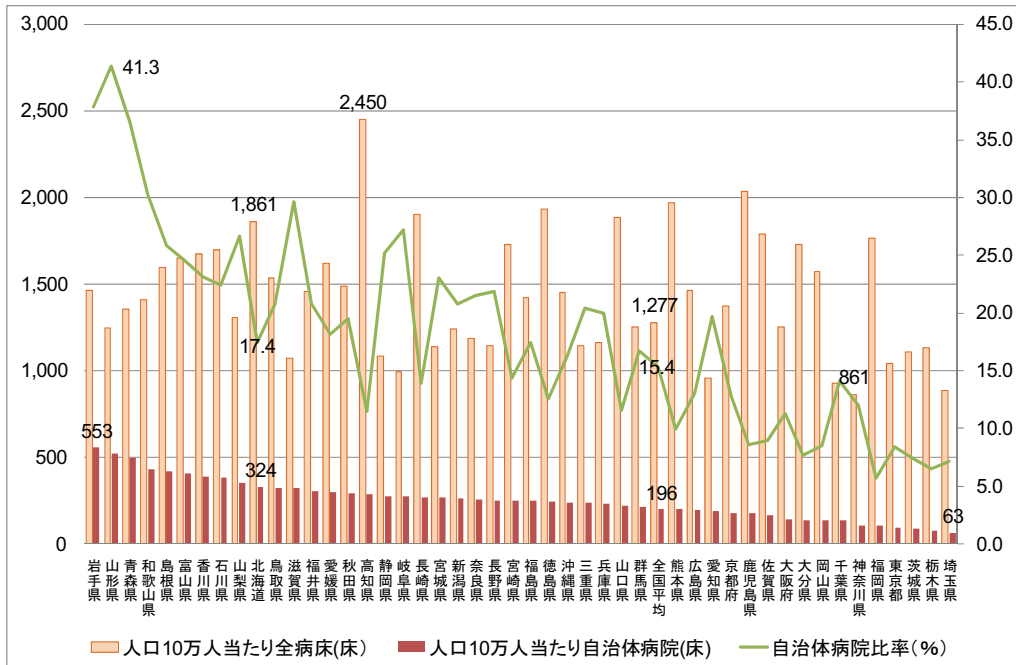
(資料)同上。

2. 都道府県別にみた自治体病院の位置づけ

○自治体病院の人口10万人当たり病床数は全国平均で196床あり、東北、北陸などで多い一方で、関東、近畿などでは少ない形に

⇒北海道は、324床と降順で第10位に位置し、全病床に占める比率も17.4%に

(図1)人口10万人当たりの病床数(2005年度の全病院及び自治体病院、床・%)



(資料)厚生労働省「医療施設調査」などをもとに作成。

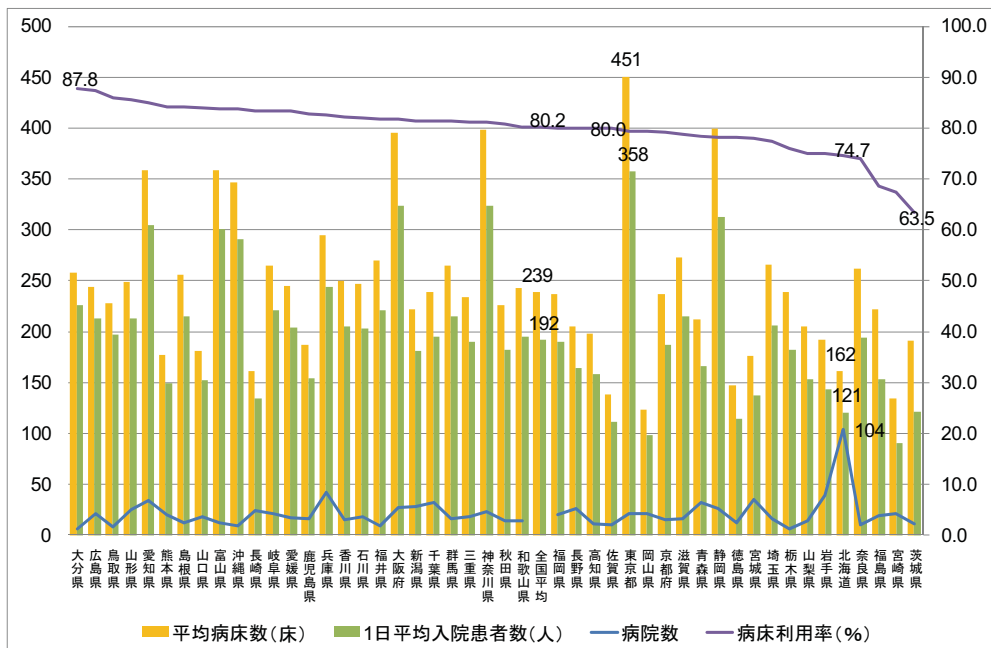
3. 都道府県別にみた自治体病院の経営状況(2005年度)

(病床利用率)

○全国平均でみた自治体病院の平均病床数は239床で、病床利用率は80.2%に

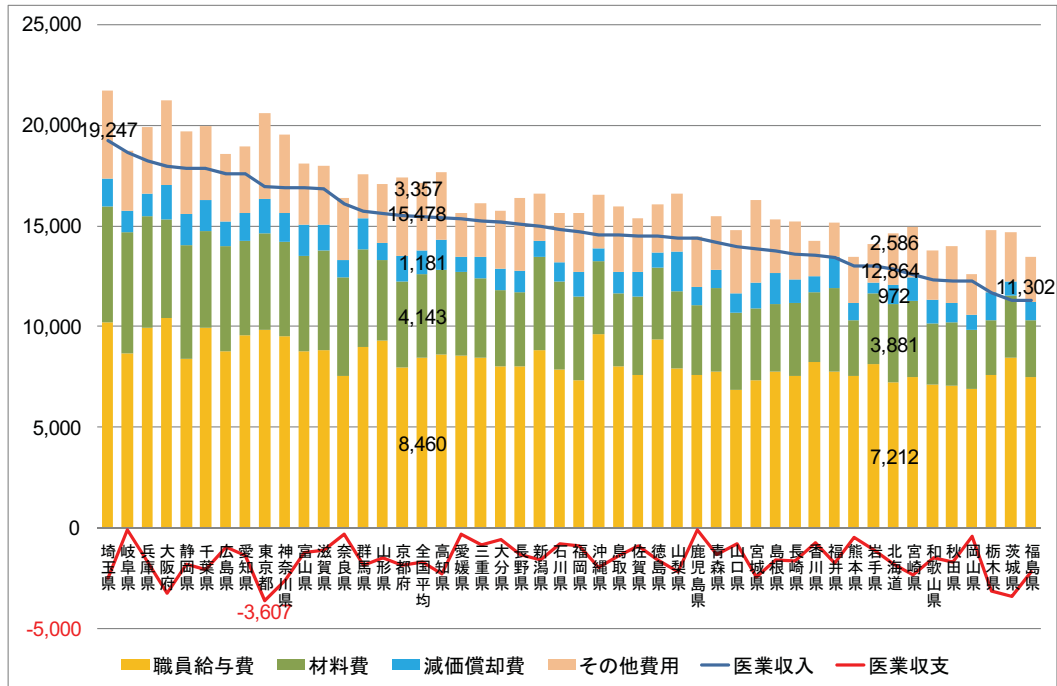
⇒北海道は、数が多く平均病床数は162床と小規模で、病床利用率も74.7%と下位から5番目に

(図2)都道府県別にみた1病院当たりの平均病床数・病床利用率など(人・%)



(医業収支)

○全国平均では病床当たりの医業収入 15,478 千円に対し、医業費用は 17,140 千円と、△1,662 千円に
 ⇒北海道は、医業収入 12,864 千円に対し、医業費用は 14,6521 千円で、△1,7881 千円に



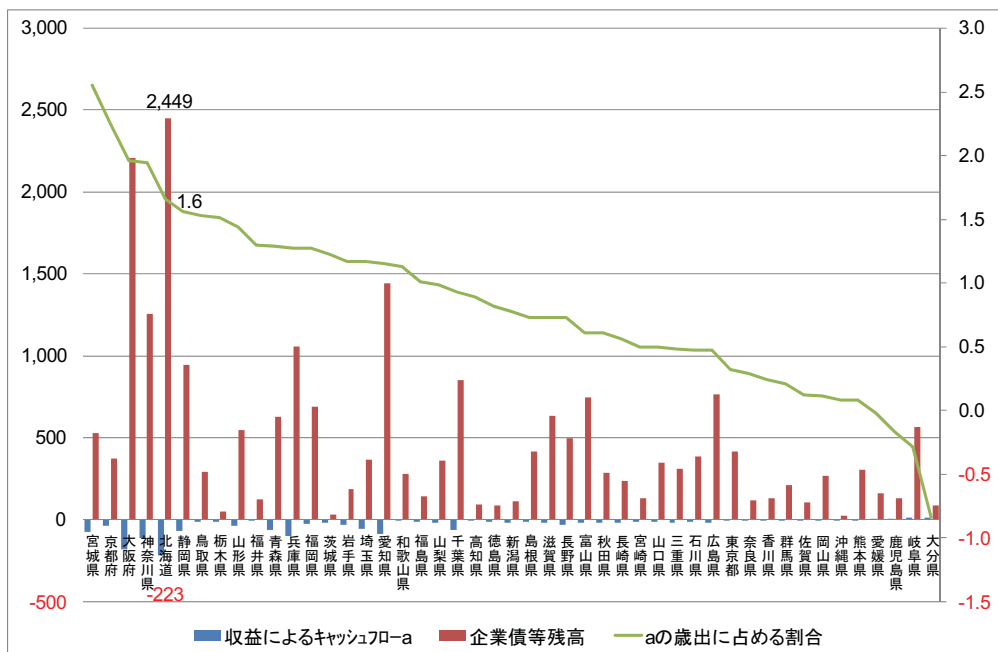
(資料)上記 2 図ともに総務省「地方公営企業年鑑」をもとに作成。

(企業債等残高)

○市町村経営のみで、キャッシュフローが△1,580 億円と当該自治体の歳出の 0.9%になる上に、企業債等の残高は 2,261 億円と、歳出総額に対して 13.3%に

⇒北海道のキャッシュフローは、△223 億円(歳出の 1.6%となる上、企業債等は 2,449 億円と高水準に

都道府県別にみた市町村病院の企業債等残高ほか(億円、%)



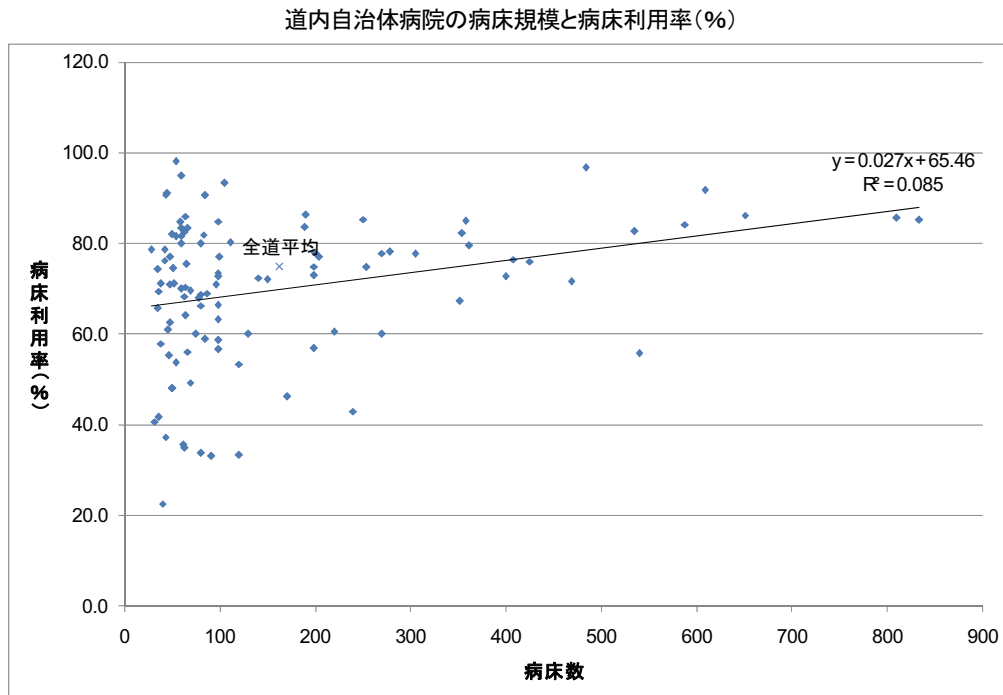
(注) 1.上記は市町村経営分のみを集計。2.キャッシュフローは、経常収支—減価償却費+他会計繰入金(収支にかかるもの)で算出。3.歳出に占める割合は、病院を経営する市町村の計を用いて算出。

(資料)いずれも総務省「地方公営企業年鑑」などをもとに作成。

4. 北海道の自治体病院の経営概況(2005 年度)

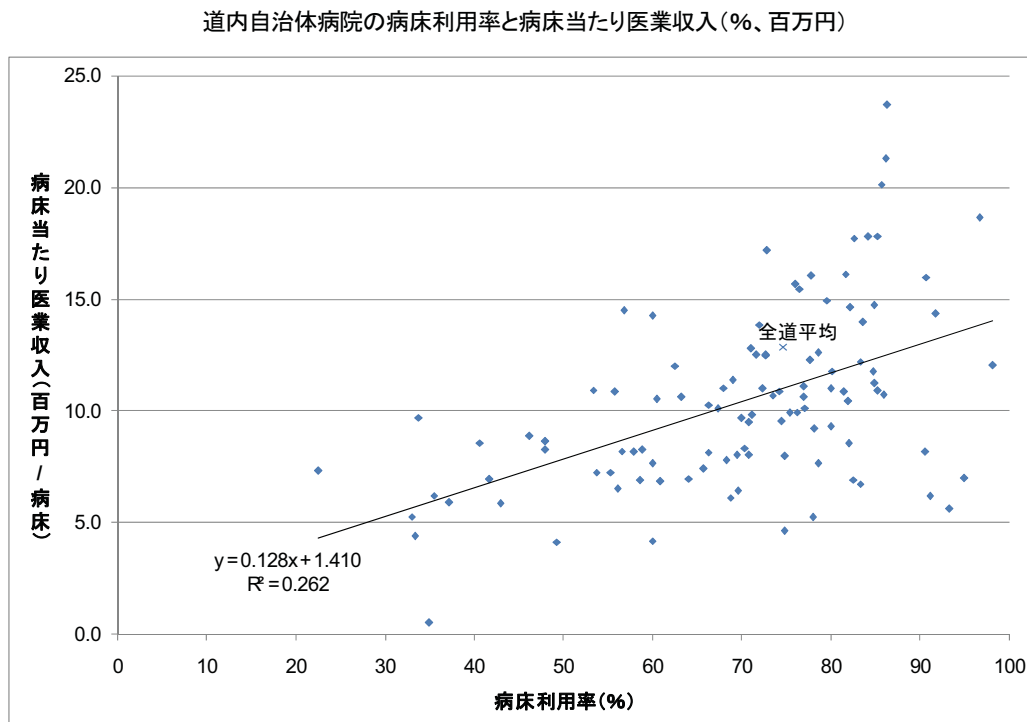
(病床規模と病床利用率)

○道内における病床規模と病床利用率は、小規模病院の利用率のバラツキが大きく、かなり弱い相関関係を示すにのみに



(病床利用率と病床当たり医業収入)

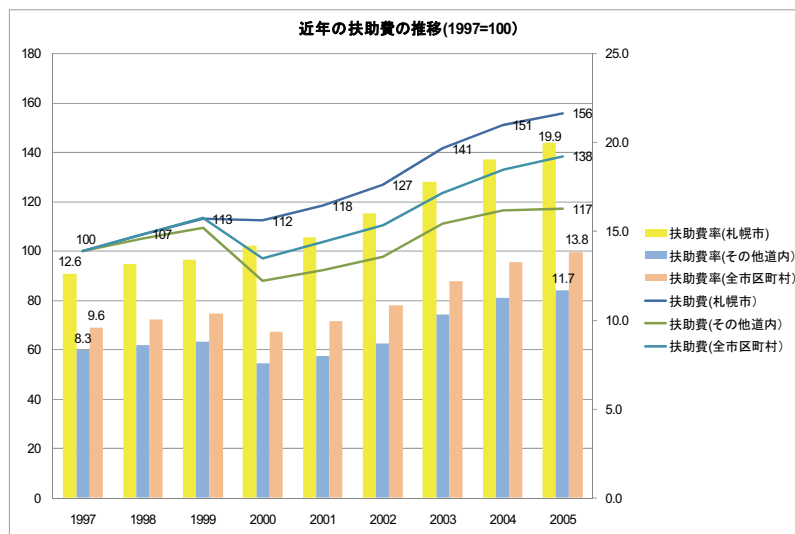
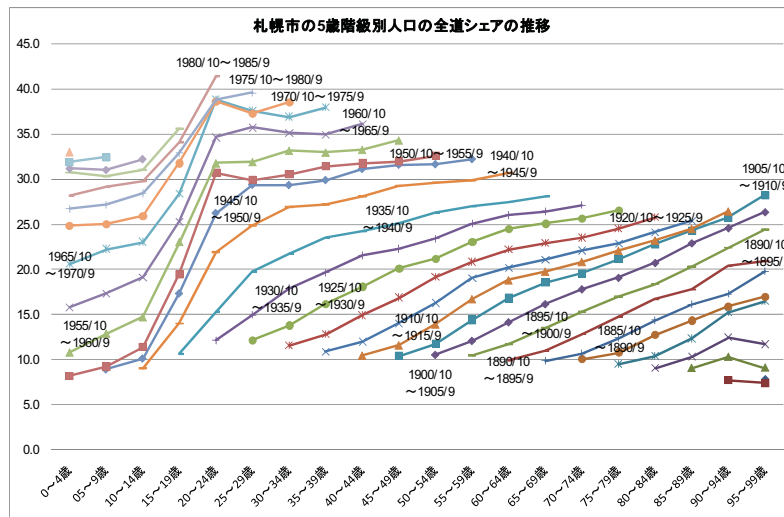
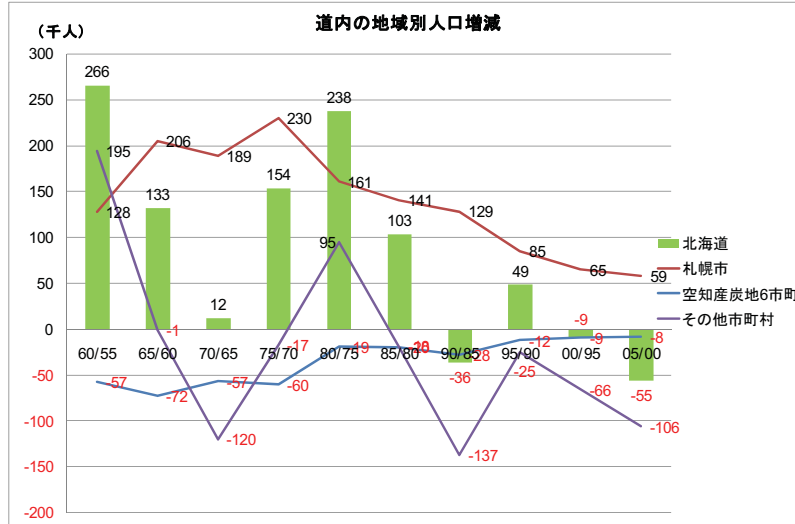
○病床利用率と病床当たり医業収入は、比較的明確な相関関係を示しているが、それでもかなりバラツキが大きい形に



(資料)総務省「地方公営企業年鑑」をもとに作成。

(参考 3) 札幌市への人口集中

- 高齢化や道内経済の低迷などを背景に、札幌市への中高年齢層を中心とする人口移動が進展
- 札幌市の人口構造は、団塊世代以降のシェアが高いため、今後、税収の落ち込みに加え、福祉需要の大幅な増加が予想され、財政悪化は不可避の見通しに



(資料) 上記 3 図は総務省「国勢調査」「市町村決算状況調」をもとに作成。

(参考 4) 自治体病院の経営刷新の方向例

(1)再編・ネットワーク化を目指す流れ

- ・公立置賜病院組合(山形県)が、基幹病院などを新設する一方で、既存病院・診療所(4か所)をサテライト化(680床)した事例などが
- 相応に経営改善効果が表れている事例があり、一定の評価が可能に

(2)民間化の流れ

①地方公営企業全部適用

- ・外部環境が厳しさを増す中で、導入例も増加
- 一定期間後に、民間委譲などのさらなる改革策を打ち出すこととなった事例が

②民間委譲及び指定管理者

- ・市町村合併を契機とした「佐賀関町立国保病院(大分県)」の民間委譲や、収支悪化と施設老朽化に対処した「福岡県立病院」の民間委譲など、多様な動き
- 人件費の大幅削減に加えて、病床利用率の向上や低単価での病棟建設が可能となった複数の事例があり、比較的順調な滑り出しに

③PFI

- ・施設建設を伴わない運営中心の「八尾市立病院」、県・市の病院統合を実現した「高知医療センター」、病院統合を伴う「多摩広域基幹病院・小児総合医療センター」などが展開
- いずれも一定のVFM(バリュー・フォー・マネー)の実現が可能としているが、ノウハウ不足から運営上の不手際が生じている例も

以上

地域医療における自治体病院のあり方

～官民連携の可能性・県から移譲を受けて町立病院を立ち上げた経験から～

福島県三春町財務課長 遠藤誠作

○ はじめに ～対策に取り組む際の基本的な姿勢

～公立病院の運営について、今まで有識者から指摘されてきた問題点の整理と、いい病院とはどんな病院か考える、勉強からスタートした。

：つまり、これと逆のことをすれば、うまくいくと考えた次第（反面教師として勉強）。

1 職員について

- (1) 全体に「公立は潰れない」という公務員意識が強く、組織として一体感がない。
- (2) 赤字の対策は経営者側が考えること。地域医療を守るためには財政支援は当然など、責任を転嫁する体質がある。
 - ・ 民間企業では赤字決算が続けば退職者が続出し存続できなくなるが、公立の場合、累積赤字が続いても辞める人は少ない。
- (3) 給料は経営成績にかかわらず自治体本体と同じく年功序列で昇給。民間に比べ医師は低く、看護職・事務職など医師以外の給与水準は高い。
 - ・ 公立の人件費比率は6～7割→民間は5割。年収1千万円を超える非医療職もいるという。
 - ・ 経営が苦しくとも、人件費には手を付けない。
- (4) 病院経営や医療の質より、役所の規則など形式的なことに気を使う。

2 経営について

- (1) 首長・議会・監査委員、病院長・医師など幹部のほとんどが病院経営には素人で、事務職員に任せ切り。その職員も2～3年で病院以外の職場に異動するので、柱になる職員がいない。
- (2) 誰が責任者かあいまいな組織で運営。形式上は首長や議会だが、4年の任期満了か選挙での洗礼で禊を済ませ誰も責任は取らない、追求もしない。経営者不在の組織。
 - ・ 民間では融資先の銀行が役職員を送り込んでも建て直しをするのが普通、公立への融資は貸し手責任のない財投資金。担保は国が自治体に配分する地方交付税だから取りはぐれもない。経営改善の支援に金利の減免もしないし、債権回収のため直接乗り込んで経営建て直しも図らない。
- (3) 理念や目標もなく（あっても形だけ）、ただ存在することが目的という病院もある。
- (4) 職員も住民も、公立は政策医療・不採算部門を抱えているから、赤字は税金で補てんすることが当然という思い込みがある。政策医療とは具体的に何だろう？
 - ・ 赤字を出しながら住民サービスをしていると言っても、結局、税金で穴埋めしているだけ。これでサービスしたと言えるか。

(5) 建物や設備は公共事業感覚で豪華につくるので、借金返済や減価償却費の負担が重く、経営を圧迫する。公共事業で作ったものを公営企業として経営することは無理な話。資本費負担が医業経営の足を引っばる。

・ 公立病院の建設費 1坪3,000~5,000万円→民間1,000万円

(6) 材料等の購買部門が弱いため、調達コストが高い。

(7) 公営企業制度は、病院運営に「公共性の実現」と「経済性の発揮」の2つを同時に満足するための努力を要求している。

・ それは、手足を縛って経済性の発揮を求めるようなもの。収支計算が合わなくても、公共性（不採算なもの）を実現することが地方自治体の使命であるという理屈で、公費負担を正当化してしまう体質。公共性は何ものにも優先する。それが計画赤字、必要赤字と説明。

(8) 地方公共団体の事務処理は法令の公正・確実な執行が目的。公営企業の性格とは逆。効率性より手続きの適正執行に重点がおかれ、いつの間にか手続きが目的化してスピード感のない仕事をしている。

1 三春病院の概要と町の廃止対策のあらまし

1 三春病院は、昭和26年に当時、乳幼児死亡率県下一の田村郡に対する県の政策医療機関として、田村地方の中心であった三春町に設置した県立病院である。

病床数100床、附属施設として准看護婦養成所や伝染病隔離病舎をもっていた。

県の行財政改革のため開院から56年を経た平成19年3月末をもって廃止された。

同年4月1日、その施設は地元三春町が移譲を受け、町立病院として開院した。

2 廃止に際し、三春町が定めた方針は次の通りである。

(1) 病院が三春地方に果たしてきた地域医療の機能を守るため、引き受ける。

(2) 町財政が厳しい中なので、英知を集め、町の財政負担がない方法を考える。

(3) 町立病院を、少子高齢化を迎えている三春町「まちづくり」の拠点とする。

* 地域医療や保健福祉は先端行政分野である)。

3 町と議会は連携して、県病院管理者と協議し次のような財政負担軽減策をとった。

(1) 県立病院の土地、施設、設備は全て無償で譲渡を受ける。

(2) 県立病院の職員は、町立病院立ち上げの障害になるので、引き受けない。

(3) 現在の施設は老朽化が進んでいるので、初期の立ち上げ費用として福島県から、改築及び設備等の更新費用として総額19億円(5年分割)の財政支援を受ける。

4 町は医療技術者の確保を含め病院を運営するノウハウを持たないので、公設民営（指定管理者）により運営する。

指定管理者は、福島県中通り地方所在法人を対象とする限定付き公募により、2病院29診療科及び看護師・保健師養成機関(就業年限4年)をもつ法人を選定した。町は指定管理者に、医師確保と診療科目の拡充、黒字経営、広域連携を期待する。また、病院の継続と将来の施設更新等に備えるため、指定管理者から新病院整備費用を対象として減価償却費の負担を求める（応募者は応諾）。

5 町と議会は病院の早期安定策として、指定管理者の意向を踏まえ、県支援金により新たな施設を安価で整備する方針。 建設物価の値上げや消費税率アップの影響を受けないよう、1年後の移転を目標に、民間の建設手法の「設計施工一括発注方式」を採用し、所定の手続きを経て6月に工事着手。建設コストは病院経営に大きく影響するので、坪当たり60万円、1床当たり1

千万円台を目標に建設費の低減を図った（公立病院の建設コスト～坪当たり150万円の例も）。

6 町立病院の設置目的を果たすため、町は「地域医療行政評価委員会」、指定管理者は「病院管理運営委員会」と「モニター会議」を住民及び外部の専門家を入れて設置する。

町の保健衛生行政のうち、住民健診、地域保健活動の一部を町立病院に移して(委託)、地域の開業医と連携しながら住民の健康管理を充実させ、地域の医療費負担を抑制する。

7 病院を、福島県立医大の家庭医療学専門コース及びホームステイ型医学教育研修プログラムの研修拠点病院として、全国各地で地域医療を担う「三春育ち」の医師・保健師育成のフィールドにする。以上のため、情報発信できる研修・研究機能をもたせる。

2 県立三春病院と町立三春病院の比較

福島県は、9つの県立病院と1つの診療所を経営していたが、そのうち3病院1診療所を廃止する方針を決定。2病院を地元自治体に移譲、1病院を民間譲渡、1診療所は廃止した。

①三春(町に移譲)、②矢吹、③南会津、④会津総合・⑤喜多方(2つを統合して会津統合病院に)、⑥猪苗代(町に移譲)、⑦宮下、⑧大野、⑨リハビリテーション飯坂温泉(民間に移譲)、本宮診療所(廃止)

1 所在地 田村郡三春町字六升蒔 50 番地

2 病床数 許可病床 86 床 (一般病床)

3 病棟 2 病棟体制

(県立)1 病棟 49 床 (内・外)・2 病棟 37 床 (産) →移譲直前に暫定 60 床に
(町立) 60 床でスタートし、20 年 5 月の新病院オープン時に 86 床に戻す。

4 施設概況(現在)

・敷地 面積(庁舎用): 33,471 m² 敷地内に「町立病院」「特別養護老人ホームあぶくま荘」があるので、町営の「養護老人ホーム」を移転改築する(20~21 年度)。将来は少子化に対応した病後児、障害児等を包含した「保育施設(公設民営)」設置も検討できるように敷地内に用地を確保。

・建物 面積(庁舎) 4,157 m² 構造: 鉄筋コンクリート 2F

建設年月: 昭和 50 年 3 月(築 30 年)

新病院: 平成 20 年 4 月完成予定 鉄筋コンクリート 3F 6,060m²

5 指定状況 臨床研修病院(協力型)、救急協力病院、

新旧比較	県立三春病院	町立三春病院
開設	昭和 26 年(1951) 2 月	平成 19 年(2007) 4 月 1 日
診療科 (G 体は新規開設科)	(常設)内科・外科・産婦人科・耳鼻咽喉科 (非常設)小児科・整形外科・眼科 7 科 診察日 月~金(土日休み)	(常設)内科・外科・小児科・整形外科 (非常設)産婦人科・耳鼻咽喉科・ 皮膚科 ・ 泌尿器科 ・ 心療内科 ・ 精神科 ・眼科 10 科(3 科新設) 診察日 月~土(全日)
職員数(カッコ書きは臨時、外数)	医師 5、薬剤師 4(1)、放射線 2、検査 2(1)、看護師 43(5)、その他 8(1) 合計 64+臨時 8=72 名 (18.3 現在)	医師 3(23)、薬剤師 3、放射線 1、検査 3、看護 37、その他(栄養士・事務職員)6 合計 53 名 (19.4 現在)
看護体制	2 対 1	2.5 対 1

6 経営状況

(1) 県立三春病院の経営（過去10年間の損益状況）

（単位：百万円）

項目	8年度	9年度	10年度	11年度	12年度	13年度	14年度	15年度	16年度	17年度	18年度
医業収益	1,044	1,103	1,116	1,089	1,110	1,042	1,027	1,005	963	827	753
医業費用	1,196	1,263	1,267	1,249	1,249	1,242	1,221	1,173	1,273	1,140	976
差引： 医業利益	△152	△160	△151	△160	△139	△200	△194	△168	△310	△312	△223
医業外収益	177	184	171	178	154	214	204	175	147	80	604
医業外費用	23	22	20	18	15	13	10	7	4	2	2
特別利益	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
特別損失	1	1	0	1	0	1	1	0	0	1	569
当期純損失	△0	△0	△0	△0	△1	△1	△1	△1	△168	△235	△189

資料：福島県立病院年報各年度版

- ・ 損益状況は一般会計から繰入してもなお、過去10年間慢性的な赤字の状況で、18年度末の赤字累計額は19億604万円である。
- ・ 赤字の原因は、病床利用率が低いこと（61.1→52.2→43.5%）や医療収益に対する給与費割合（⑩77.3→⑩73.2%：年度後半に医師が退職したため下がった）が民間病院（50%前後）に比べて高く、特に人件費が硬直化している。たとえば、職員1名当たりの平均給与額（18年度決算）は、医師の1,723万円（平均年齢47.4歳）に対し、看護師614万円（同40.9歳）、准看護師820万円（同52.9歳）、事務職員702万円（同41.3歳）となっている。

(2) 経営分析

ア、三春病院の患者の状況（過去9年間の受療動向）

年度	入院状況			
	入院患者延数（人）	1日平均患者（人）	前年比較増減（人）	前年比較増減率（%）
10	23,394	64.1	—	—
11	23,135	63.2	▲259	▲1.1
12	22,754	62.3	▲381	▲1.7
13	21,117	57.9	▲1,637	▲7.2
14	21,438	58.7	321	1.5
15	21,035	57.5	▲403	▲1.9
16	19,170	52.5	▲1,865	▲8.9
17	16,371	44.9	▲2,799	▲14.6
18	13,642	37.4	▲2,729	▲16.7

資料：県立病院年報

年度	外来状況			
	外来患者延数（人）	1日平均患者（人）	前年比較増減（人）	前年比較増減率（%）
10	54,607	222.9	▲2,243	▲4.0
11	53,495	219.2	▲1,112	▲2.1
12	57,133	233.2	3,638	6.8
13	55,946	228.4	▲1,187	▲2.1
14	53,349	217.8	▲2,597	▲4.7
15	52,445	213.2	▲904	▲1.7
16	52,257	215.0	▲188	▲0.4
17	46,020	188.6	▲6,237	▲11.9
18	38,770	159.5	▲7,250	▲15.8

- ・ 平成10年度から平成16年度までの7ヶ年でみると、入院は18.1%減少したが、外来は4.3%の減少にとどまっている。
- ・ 入院（H16 52.5人）のうち15.2人は産婦人科で、分娩件数が188件と郡内の出生（617人）の約3割を占めていると考えられ、三春病院が当地域の母子医療に果たしていた役割は大きかった。

- ・平成12年と平成16年の外来患者延べ数を比較すると、県立病院全体で約67万人から約55万人と18%減となっているが、三春病院は約5万7千人から約5万2千人と約8%しか減少しておらず、地域住民から信頼され利用されていた。なお、17、18の2年間は病院廃止の話が出たため患者離れが起きているので比較の対象外とした。

イ、病床利用率及び平均在院日数（過去5年間の利用状況）

	12年度	13年度	14年度	15年度	16年度	17年度	18年度
病床利用率	72.5	67.3	68.3	66.8	61.1	52.2	43.5
平均在院日数	17.5	17.5	16.7	16.8	15.2	17.7	15.8

- ・病床利用率は年々低下し、16年度で見ると県立病院全体の57.8%に対しては61.1%とやや高いが、民間病院の90%と比べると極端に低い。17、18年度は県の廃止方針決定でさらに下った。

(参考)・年齢階層別外来患者 70歳以上 56.1% 39～64歳 17.5% 15～39歳 13.5%
65～69歳 7.6%

・田村地方人口(千人) 三春 19 都路 3 常葉 6 船引 23 小野 12 滝根 5 大越 5
計 73 (うち国道288号沿線 51千人)

(3) 町立病院の実績と今後の見通し

初年度は赤字、2年目は単年度収支ベースで黒字転換、3年目で創業時からの累積赤字を一掃する計画。結果は、初年度年間医業収入7億円、赤字額は1億円弱、2年目は10億円の収入で収支均衡の見込み(初年度の半年経過時に単月収支均衡を達成)。

平成19年度上半期 町立三春病院損益計算書(平成19年4月1日～9月30日) (単位:円)

収入の部		支出の部	
科目	金額	科目	金額
医業収益		医業費用	
診療収入	315,184,804	給与費	193,763,825
室料差額収入	0	材料費	107,942,040
保健予防活動収入	0	経費	24,262,722
受託検査料	499,584	委託費	27,821,081
その他医業収入	597,307	減価償却費	540,000
保険等査定減	-176,654	研究研修費	322,073
計	316,105,044	社会事業費	281,672
		計	354,933,413
医業外収益		医業外費用	
受取利息	29,354	支払い利息	3,582,202
補助金	0	診療費割引	0
その他医業外収入	2,401,448	計	3,582,202
退職給与引当金戻入	0		
計	2,430,802		
期間外収益		期間外費用	
固定資産売却益	0	計	0
計	0		
総計	318,535,846	総計	358,515,615

当期利益金 -39,979,769円

3 福島県が三春病院を廃止した理由

～設置当初の役割を終え、組織が硬直化、医業環境等の変化に対応できなくなった

1) 診療圏に広域性が乏しい。

- ・三春病院の利用 入院患者の約7割、外来患者の約9割が三春町と旧船引町の住民
- ・この2町の入院患者の約7～8割は、郡山市の病院を利用している。

2) 医療機能が日常的な一般医療である(内科、外科、産婦人科、耳鼻咽喉科の4科)

3) 国県町道、高速道路など道路網の整備、マイカーの普及等によって、質量ともに医療機能が充実している郡山市との近接性が増した。

- ・郡山市には1,000床以上の民間病院や複数の500床前後の病院があり、高度医療、救急医療が充実している。

〔郡山及び田村地方の主な病院、病床数50床以上、平成16年4月現在〕

太田西ノ内病院 1,144床 あさかホスピタル 581床 星ヶ丘病院 570床 太田熱海病院 518床
針生ヶ丘病院 484床 星総合病院 480床 総合南東北病院 430床 寿泉堂総合病院 305床
坪井病院 264床 郡山市医療介護病院 210床 今泉西病院 193床 公立小野町地方総合病院 190床
保科病院 156床 佐藤胃腸科外科病院 132床 桑野協立病院 124床 県心身障害児総合療育センター 100床
土屋病院 99床 太田記念病院 90床 県立三春病院 86床 日東病院 71床
今泉眼科病院 60床 大方病院 40床

* 県中地域保健医療圏既存病床数 5,944床 基準病床数 5,027床 917床過剰＝県中地域では、新たな病院の設置は許可されない。

* 郡山地方広域消防組合の患者収容時間(救急出動から医療機関に収容するまでの時間)が60分以上は3.8%(県平均は4.3%)

4 田村地方における三春病院の存在意義(圏域人口約7万人)

- (1) 三春病院は三春町にとって入院のできる唯一の病院で、当地域の医療の拠点。
- (2) 利用者が多い高齢者にとって、入院できる病院が身近にあるという安心感。
- (3) 救急協力病院として、二次救急医療を担う。
- (4) 郡山市内の病院は、急性期医療による短期的入院に偏るが、三春病院は急性期医療と自宅療養の中間的病院の役割を果たす。
- (5) 予防接種、健診、介護認定審査、在宅医療、母子保健との連携、養護老人ホーム三春町敬老園・特別養護老人ホームあぶくま荘の保健医など、地域の保健医療分野を幅広く支えてきた。

5 三春病院が廃止された場合の影響 ～地域医療、生活、地域経済に様々な影響がある

- (1) 受診するには郡山市内の総合病院に行かなければならなくなり、町民の医療を受ける時間と費用負担が増加する。
- (2) 町内に入院できる施設がなくなり、軽症の入院も急性期医療を終えた後の療養も郡山市内に依存することになり、通院など家族の負担が大きくなる。
- (3) 郡内に数少ない産婦人科がなくなる。
- (4) 安心して生活できないことで、不便な町になってしまう。

- (5) 地域保健医療分野を支えてきた医師など専門家がいなくなる。
- (6) 車という足を持たない高齢者は、病院通院のついでに買い物をするという人も多く、病院が廃止されれば商店街の売り上げに影響する。同じく、バス、タクシーなど交通機関の利用者も減少する。
- (7) 三春病院の業務に従事していた者の雇用が喪失する。
- (8) 三春病院に医療用品や食材、物品等を納入している業者の売上げが減少する。

6 福島県の病院改革と三春町の対策の経緯

〔前史〕

第1回目 昭和62年7月 県立病院第2次事業経営長期計画策定のため、福島県県立病院基本問題審議会設置時

「三春病院は他施設への機能転換あるいは経営主体の変更などの対応が必要である。診療所を併設した老人施設への転換などが考えられる。」という議論に、町の行政区長会長、助役、議会議長、地元選出の県議らが有権者の9割にあたる12,592人の反対署名を県に提出した。

その結果、「当面、現在の機能を維持・継続するとともに医療需要の動向を考慮、老人保健施設などについて検討するものとする。」と答申され廃止は免れた。

第2回目 平成7年6月 第3次県立病院事業長期計画策定のため、県立病院基本問題審議会を設置

この審議会では、「周囲の医療事情や交通網の整備状況を踏まえると廃止すべき」と「地域の高齢化に対応した病院に整備すべき」というように、廃止論と存続論が出た。

答申は「高齢者にも配慮した地域の日常的な医療機能の整備に努めるべきである。なお、今後の病院運営に当たっては、地域の保健・福祉の主たる担い手である町村と密接な連携関係を築いていくことが重要であることから、圏域内の町村が運営に参画することなどを含め、その在り方について検討すべきである。」とされた。

過去、県の審議会で廃止が議論されたが、今後の医療動向により廃止等を検討すべきという議論で、今回のように廃止すべきという踏み込んだ答申はなかった。

〔今回〕

平成15年3月27日 県行財政改革推進本部「包括外部監査結果」を公表

4月1日 県行財政改革推進本部に「県立病院事業見直し部会」設置

5月22日 県立病院事業改革委員会設置

平成16年3月22日 県立病院事業改革委員会「県立病院としての位置付けや存在意義を検討すべき。移設等を検討」の意見を付記した最終提言。

5月18日 県立病院改革審議会設置

6月17日 三春町議会、三春病院対策特別委員会を設置

10月28日 町、代表区長、まちづくり協会長に県立病院改革の動きを説明。

12月7日 代表区長・まちづくり協会長連名で町、町議会に対し機能の存続を図るよう要望。

12月22日 町議会は、代表区長・まちづくり協会長から提出された「三春病院機能の存続」要望を採択。

- 平成 17 年 2 月 2 日 町長、議長、委員長ら県知事、県会議長に三春病院機能存続を要望
- 3 月 10 日 県立病院改革審議会、答申
「三春病院は県立病院としては廃止が適当」
- 3 月 28 日 福島県行財政改革推進本部（本部長：知事）による県立病院改革に係る基本方針の決定
「三春病院については県立病院としては廃止。地域の実情等により、病院立地自治体又は民間等へ移譲することも検討し、地域医療の確保に配慮する。」
- 同日 福島県県立病院改革推進部会（部会長：副知事）による県立病院改革に係る基本方針に基づく当面の具体的取り組みについての決定
「廃止する病院ごとに、廃止又は移譲に関して、立地している自治体との協議を速やかに開始する。」
- 4 月 1 日 町、行財政改革室(19 年度から財務課)に三春病院対策班を設置。
- 4 月 28 日 町、町民各界の代表者により「三春病院対策委員会」を設置。
- 5 月 18 日までに、県職員労働組合、県立三春病院の存続と充実を求める要請署名活動を行い 12,903 名の署名を集め、19 日に開催した「地域医療を守る福島県民集会」後の知事要請行動の際に提出。
- 6 月 20 日 町の三春病院対策委員会、町長に中間答申。
- 6 月 29 日 三春町は、県立三春病院廃止についての対処方針決定
「三春町は、病院が立地し利用者の 7 割が居住する自治体として、地域医療の確保を図るためこれを受け入れる。」
- 7 月 1 日 町長、議会議長らが県知事を訪ねて、町の対処方針を伝える。
- 7 月 28 日 県行財政改革推進本部、県立病院改革実行方策を決定
- 12 月 26 日 福島県と三春町、「県立三春病院の移譲に関する合意書」を締結
県の支援額は総額 19 億円、5 年分割で交付。
- 平成 18 年 5 月 30 日 三春町、町立病院の指定管理者を選定
8 法人を対象に指名公募、2 法人が応募、指定管理者選定検討会でヒアリングの結果、郡山市内の（財）星総合病院を選定。臨時議会に諮り指定を議決。同日、指定書を交付。同法人は 6 月 10 日付けで三春病院開設準備室長及び看護部長人事を発令、開設に向け準備を進める。
- 12 月 1 日 三春町、新病院の建設を急ぐため、設計施工一括発注方式の採用を決定 提案書募集開始、12 月 25 日の提出期限までに 3 社応募。平成 19 年 1 月 19 日、プロポーザル審査委員会(委員長・葛西福島県立医大教授)、清水建設(株)を選定したことを町長に報告。町、同社を特定者に決定。2 月 22 日、同社と工事請負契約を締結（本体 10 億 3000 万円、税別）
- 平成 19 年 3 月 28 日 県と町、三春病院の移譲に関し財産の譲渡について協定書締結
- 4 月 1 日 町立三春病院開院
- 5 月 1 日 新病院開業時から院外処方へ変わるため、病院入り口の町有地に入る調剤薬局公募、6 月 20 日、(有)みはる調剤薬局を開設者に決定。
20 年 1 月着工、4 月完成予定
- 6 月 8 日 新病院建設工事の起工式を挙行 20 年 4 月末完成、5 月新病院に移転
旧建物の解体撤去・外構工事を行い 9 月に完成の予定。引き続き「敬老園」を建設。

7 究極の対策 ～地域医療の充実を核にして「まちづくり」を進める

- (1) 町立病院をもつことによって、住民に少子高齢化や疾病構造の変化に対応した保健・医療・福祉サービスを一体的、計画的に提供できるようになり、安心安全健康な「まちづくり」が推進できる。
- (2) 従来行ってきた予防接種をはじめ、健診、介護認定審査、在宅医療、母子保健との連携、特老あぶくま荘・養護老人ホーム敬老園の医療などに加え、施設健診、住民の健康相談・指導などにより、地域医療をデータベース化して町内の医療関係者と情報を共有することにより、密度の濃い地域医療が提供できる。
- (3) 土曜や夜間診療の実施によって患者の不安を解消、家族の介護負担を軽減し、安心して住めるまちづくりを推進できる。
- (4) 2病院 29診療科をもつ総合病院が指定管理者になったメリットを活かし、地域のニーズに即応した診療科の開設が期待できる。
- (5) 高齢化社会への対応策として、末期医療に対するケア、急性期医療と在宅の中間施設として、療養病床と介護療養型病床への転化も選択肢として検討できる。
- (6) 町は、町民に対し公平で良質な医療を提供するための環境整備の役割を担っているが、自らが病院をもつことにより、町民にとって最も効率的な方法で医療を提供することができる。

〔参考〕

- (1) 三春町の医療費（平成 18 年度）は約 30 億円（三春町の給与所得 344 億円）
国民健康保険 12 億 27 万円 老人医療費 17 億 4,573 万円
- (2) 三春町民の疾病順位
1 高血圧性疾患 2 歯肉炎及び歯周疾患 3 その他の歯及び歯の支持組織の障害
4 脳梗塞 5 糖尿病 6 脊髄障害 7 白内障 8 その他眼及び附属器疾患 9 喘息
10 その他の内分泌、栄養及び代謝疾患
- (3) 公立と民間病院の違い—比率は 30:70、市町村立病院は全国で 742
・公立は赤字経営の場合自治体が税金を投入して穴埋めするが、民間の場合は外部からの援助はないので自立が基本。経営努力により利益を生ずると課税(37%)される。

8 町立病院の開院前後の動き

- (1) 運営形態の選択肢としては、①公設公営、②公設民営、③町と町内医療機関が設置した法人による運営、④民間事業者への移譲の 4 種類があったが、全国の事例を調査検討した結果、②を選定した。
町のパートナーとしては、体力があり組織体制が安定していることが重要なので、福島県中通りに主たる事務所・病院を置き、一般・療養病床を 300 床以上有する法人に限定した。対象は財団法人立病院が 5、日赤、済生会、厚生連の 8 法人である。2 法人から応募があり、選定委員会の審議を経て、財団法人星総合病院を選定した。
- (2) 全国的に、医師や看護師の不足が問題になっているが、医師など医療技術者の確保は法人の人事異動で対応、指定管理者の責任で行われている。
- (3) 町と議会は、指定管理者の意向を踏まえ、県支援金により新たな施設を安価で早期に整備する必要があるため、民間の建設手法である「設計施工一括プロポーザル協議方

式」を採用し工事に着手した。目標は1年後に新病院へ移転すること。

本方式を採用した理由：経営状態が悪いため県が廃止した病院であるので、早期に施設を建替えて老朽病院のイメージを一新、地域の医療ニーズにあった診療体制を整えることで患者離れを防いで、経営状態を好転させる必要があった。

- (4) 華美で高コストの病院建設が結果的に公立病院経営を厳しくしている反省にたつて、病院の将来方向と初期投資額の妥当性の観点から病院経営を考え、必要面積を6,000m²とし、限界コストを坪当たり60万円として、11億円の予定価格を設定した。

公立病院経営問題の根源は、高資本費負担と過大な人件費計上にある。このうち、施設整備のコストを低減する対策としては、設計、施工分離を基本とする現在の公共工事発注方式に依らない発注方法を選択する必要があった。その手法として、民間で実績があり、ゼネコンの持つノウハウを直接活用できる「公募型プロポーザル方式」を選択した。

応募者には①瑕疵担保10年、②協力業者に地元業者の参加、③工期短縮、④低コスト提案を求めた。

また、これを担保する意味で、参加要件を次の規模の業者に制限した。

- ① 一級建築士事務所登録 ② 年間完成工事高実績500億円(うち建築で300億円) ③ 公示日(18.12.1)現在、福島県の指名停止を受けていないこと ④ 東北地方に営業所等を置いていること。

12月25日の締切までにゼネコン3社から応募があり、公開ヒアリングによって清水建設㈱を選定。19年2月工事請負契約締結、ただちに実施設計に入り、県の建築確認を受けて6月8日起工式を行った。20年4月末に完成し、5月の連休明けに開院予定。工期は約10ヶ月、建設工事単価は1坪当たり60万円以下。設計及び工事の過程では、指定管理者をはじめ病院のスタッフも参加し、使い勝手のいい施設づくりに取り組んでいる。

なお、新病院開院後、現病院の解体撤去や駐車場など外構工事を行って、9月には全工事を終了する予定。そのあと、養護老人ホーム敬老園の移転改築工事に入る予定である。

- (5) 町立病院が設置目的を果たすため、町は「地域医療行政評価委員会」を、指定管理者は「病院管理運営委員会」と「モニター会議」を住民及び外部の専門家を入れて設置する。

町の保健衛生行政のうち、住民健診、地域保健活動の一部を町立病院に移して(委託)、地域の開業医と連携しながら住民の健康管理を充実させ、地域の医療費負担を抑制する。

- (6) 福島県立医大の家庭医療学専門コース及びホームステイ型医学教育研修プログラムの研修拠点病院として、全国各地で地域医療を担う「三春育ち」の医師・保健師育成のフィールドになる。以上のため、全国に発信できる研究機能をもつ。

- (7) 三春病院沿革史(仮称・地域医療史)の発行 新病院グランドオープン記念品に

「地域医療における自治体病院のあり方」……先達に学ぶ

三春町財務課 遠藤誠作

1 有識者・患者から見た「よい病院・わるい病院」

- (1) 一人の名医よりは複数の良医・看護師のいる病院のほうをのぞむ
- (2) 検査づけ・薬づけは原則的に先ず第一に“まずい”と考えている。
- (3) 患者の質問を嫌がらない医師は総じて“良い医師”が多いと思う。
- (4) 年をとった医師や看護師・事務職員の多い病院はワンパターンの感じで、良いとはいえない。
- (5) 問診時間が短いのは“わるい病院”だ。
- (6) 入院診断と確定診断とが一致しない病院は“わるい医療”の表象だ。

丹羽幸一『患者の立場から見た病院を選ぶ方法「よい病院わるい病院」』

2 良医にめぐりあうための10か条

- (1) 話をよく聞いてくれる。
- (2) 分かりやすい言葉でわかりやすく説明してくれる。
- (3) 薬や検査よりも、生活指導を重視する。
- (4) 必要な時は専門医を紹介してくれる。
- (5) 患者の家族の気持ちまで考えてくれる。
- (6) 患者が住む地域の医療や福祉をよく知っている。
- (7) 医療の限界を知っている。
- (8) 患者の痛みやつらさ、悲しみを理解し、共感してくれる。
- (9) 他の医師の意見を聞きたいという患者の希望に快く応じてくれる。
- (10) ショックを与えずに真実を患者に伝えられる。

3 なぜ、長野県が日本で一番長寿で、一番医療費が安いか～3つの理由

- (1) 在宅医療の充実
 - ・ 自分の家の畳の上で死にたい人が多い。
 - ・ 在宅医療や健康づくりに、病院以上に地域の診療所の医師・開業医が積極的な役割を。
- (2) 健診受診率よりも生活改善運動が重要
 - ・ 救急医療や高度医療を充実させ、同時に、支える医療の多様なメニューづくり
 - ・ 受診率より、検診の内容や事後指導、その後の生活改善運動が大切。保健指導員活動や、食生活改善推進員の努力など住民参加型の保健予防活動が大きな効果。
 - ・ 年間何十回も、地域に出て健康づくり運動を展開。検診にこだわらず地域ごとの生活改善運動に力を入れる。

(3) 高齢者の生きがいをつくる

- ・ 高齢者単独世帯の比率が高い地域は、老人医療費が高い。長野県は低い比率。
- ・ 70歳以上の有配偶者率が高いと老人医療費は低い。夫婦ともに健全であることが大事。
- ・ 離婚率が低い方が老人医療費が低い。
- ・ もち家比率が高いと、老人医療費は低くなる傾向。
- ・ 高齢者の就業率が高いと、医療費が低くなる関係に。農業の重要性。
- * 公立病院の三重苦。患者の来ない病院は大赤字、市の医療費も高く、国保財政もアップアップ。再建の方法は、病院のリーダーと、一貫して大きな理解を示しつつづけてくれる首長と議会と住民、ボランティア、病院のスタッフ・OBの調和のとれた共同作業が成功の秘訣。
- * こんな医療があったらいいなという、夫々の希望に応えられるようなオーダーメイドの医療をつくりたい。救急医療や高度医療など“攻める医療”が充実していて、見放さない、放り出さない、あったかな「支える医療」が隠し味のように医療全体に染みわたっているような医療システムがあったらいいな。

鎌田實「病院なんか嫌いだ～良医にめぐりあうための10か条」

4 長く続く理由

- (1) 創業以来先輩たちが筆舌に尽くしがたい苦難を耐えながら築いてきた強固な精神的基盤と積極的な事業姿勢によって成し得たもの。確実に継承されなくてはならないのは、この精神。次の世代への伝承を最大の責任。
- (2) 今取組むべき課題は、広く人材を求めること。医療も福祉も、十分に教育訓練された職員に支えられなければなりません。知識、情熱、精神、技術等において優れたものをもち、広い視野と深い洞察力による判断力、それが実行される個々人の実践力と組織の理解協力が造成されなければなりません。聖隷の歴史は、新しい課題に常に挑戦してきた過程においてそうした職員が生み出されてきた。

聖隷福祉事業団理事長・長谷川力「聖隷その心から学ぶ・その道を歩むならば」

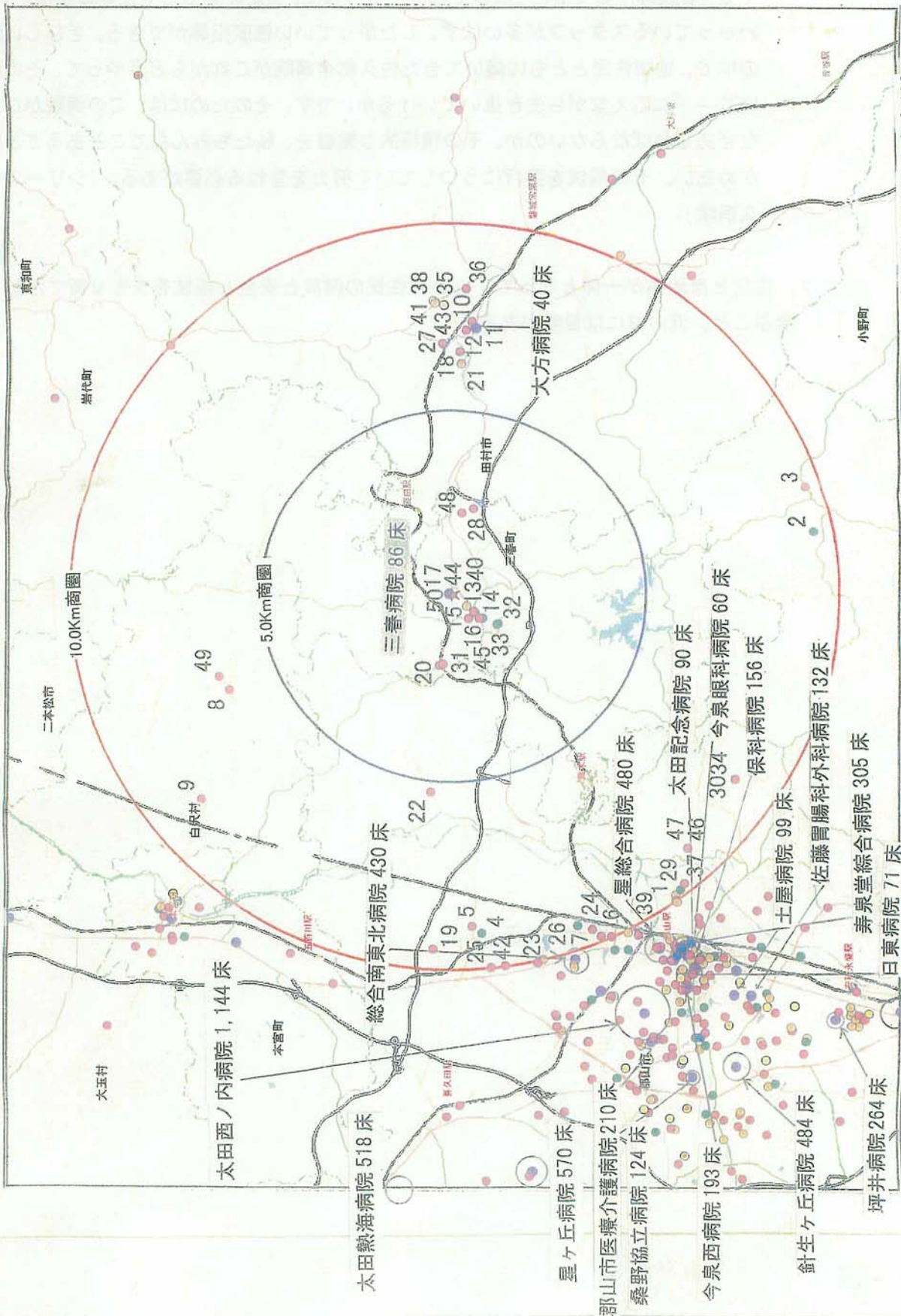
5 民間人が見た“民間病院と公立の違い～互いに長所を生かそう

- (1) 民間は経営上にハンディーが大きい。
- (2) 医療サービスでは、地元民にとっては経営上の負担はないが、医療サービスの点では必ずしも有利でない。
- (3) 公的病院は管理者の在任期間が短い。自治体の予算制度や規則は完備しているが、公会計は収益性より公正性を重視しているため、病院のような収益事業体にそのまま適用するのは問題。職員の在任期間が短いため、将来にわたる責任を自覚しない仕組み。
- (4) 民間病院は組織・運営の厳しさに欠ける。予算が形式的になりやすい。職員の定数管理が甘い。(淀川キリスト教病院事務部長「超病院革命」)

6 農協が医療機関を持つ理由

- ・ 生活の基盤が“健康” 経済活動も健康であればこそ。農協の医療機関には医師にしても、看護師にしても、一般のそれにくらべれば、農民の暮らしや仕事の実情がよくわかっているスタッフが多いはず。したがっていい健康指導ができる。きびしい醸成の中で、地域住民とともに築いてきた佐久総合病院がこれからどうやって、その新しい二ードに応えながら生き抜いていけるか、です。そのためには、この病院がここになぜあらねばならないのか、その積極的な意義を、私たちみんなでことあるごとに確かめあい、その解決を実行にうつしていく努力を重ねる必要がある。(シリーズ「佐久病院」)

7 住民と自治体が一体となって、いかに住民の健康と安全と福祉をまもり育てたかを、学ぶこと。沢内村には哲学がある。・・・



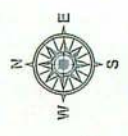
凡例

医療施設前半2005年10月

SYU

- ★ 開業地
- 内科
- 外科
- 小児科
- その他1
- その他2
- 病院

- 5.0Km商圏
- 10.0Km商圏



1:100,000



公立小野町地方総合病院 190

あさかホスピタル 581 床

©2002-2005 株式会社 国土院 地図データ提供

(単位:千円)

新三春病院収支計算の積算内訳(単純計算)

経常収支

	平成16年度決算に対して人件費率を下げた場合		平成16年度決算に対し病床利用率を上げて人件費率を下げた場合		平成16年度決算に対して患者数を上げて人件費率を下げた場合		平成16年度決算に対し病床利用率と患者数を上げ、人件費率を下げた場合									
	試算13	試算14	試算15	試算16	試算17	試算18	試算19	試算20	試算21	試算22	試算23	試算24	試算25	試算26	試算27	試算28
①																
医療収益																
入院収益	963,892	963,892	963,892	963,892	1,037,163	1,077,570	1,117,977	1,158,384	989,793	1,011,237	1,032,682	1,054,127	1,063,064	1,124,915	1,186,767	1,248,619
1日当たり患者数	492,423	492,423	492,423	492,423	565,694	606,101	646,508	686,915	492,423	492,423	492,423	492,423	565,694	606,101	646,508	686,915
病床利用率	52.5人	52.5人	52.5人	52.5人	60.2人	64.5人	68.8人	73.1人	52.5人	52.5人	52.5人	52.5人	60.2人	64.5人	68.8人	73.1人
診療単価	61.0%	61.0%	61.0%	61.0%	70.0%	75.0%	80.0%	85.0%	61.0%	61.0%	61.0%	61.0%	70.0%	75.0%	80.0%	85.0%
外来収益	25,745	25,745	25,745	25,745	25,745	25,745	25,745	25,745	25,745	25,745	25,745	25,745	25,745	25,745	25,745	25,745
1日当たり患者数	456,608	456,608	456,608	456,608	456,608	456,608	456,608	456,608	482,509	503,953	525,398	546,843	482,509	503,953	525,398	546,843
診療単価	215人	215人	215人	215人	215人	215人	215人	215人	225人	235人	245人	255人	225人	235人	245人	255人
その他収益	8,753	8,753	8,753	8,753	8,753	8,753	8,753	8,753	8,753	8,753	8,753	8,753	8,753	8,753	8,753	8,753
②																
医療費用																
人件費	1,108,494	1,058,299	1,010,105	961,910	1,106,494	1,058,299	1,010,105	961,910	1,106,494	1,058,299	1,010,105	961,910	1,106,494	1,058,299	1,010,105	961,910
医療収益比率	578,335	530,140	481,946	433,751	578,335	530,140	481,946	433,751	578,335	530,140	481,946	433,751	578,335	530,140	481,946	433,751
医療収益比率	60.0%	55.0%	50.0%	45.0%	60.0%	55.0%	50.0%	45.0%	60.0%	55.0%	50.0%	45.0%	60.0%	55.0%	50.0%	45.0%
材料費	260,578	260,578	260,578	260,578	260,578	260,578	260,578	260,578	260,578	260,578	260,578	260,578	260,578	260,578	260,578	260,578
医療収益比率	27.0%	27.0%	27.0%	27.0%	25.1%	24.2%	23.3%	22.5%	26.3%	25.8%	25.2%	24.7%	24.5%	23.2%	22.0%	20.9%
経費等	177,388	177,388	177,388	177,388	177,388	177,388	177,388	177,388	177,388	177,388	177,388	177,388	177,388	177,388	177,388	177,388
減価償却費	66,182	66,182	66,182	66,182	66,182	66,182	66,182	66,182	66,182	66,182	66,182	66,182	66,182	66,182	66,182	66,182
資産減耗費	14,841	14,841	14,841	14,841	14,841	14,841	14,841	14,841	14,841	14,841	14,841	14,841	14,841	14,841	14,841	14,841
研究研修費	8,352	8,352	8,352	8,352	8,352	8,352	8,352	8,352	8,352	8,352	8,352	8,352	8,352	8,352	8,352	8,352
その他経費	818	818	818	818	818	818	818	818	818	818	818	818	818	818	818	818
③①-②	△ 142,602	△ 94,407	△ 46,213	1,982	△ 69,331	19,271	107,872	196,474	△ 116,701	△ 47,062	22,577	92,217	△ 43,430	66,616	176,662	286,709
④	2,388	2,388	2,388	2,388	2,388	2,388	2,388	2,388	2,388	2,388	2,388	2,388	2,388	2,388	2,388	2,388
うち一般会計繰入金	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
⑤	4,129	4,129	4,129	4,129	4,129	4,129	4,129	4,129	4,129	4,129	4,129	4,129	4,129	4,129	4,129	4,129
⑥③+④-⑤	△ 144,343	△ 96,148	△ 47,854	241	△ 71,072	17,530	106,131	194,733	△ 118,442	△ 48,803	20,836	90,476	△ 45,171	64,875	174,921	284,968
⑦	524	524	524	524	524	524	524	524	524	524	524	524	524	524	524	524
⑧	809	809	809	809	809	809	809	809	809	809	809	809	809	809	809	809
⑨⑥+⑦-⑧	△ 144,628	△ 96,433	△ 48,239	△ 44	△ 71,357	17,245	105,846	194,448	△ 118,727	△ 49,088	20,551	90,191	△ 45,456	64,590	174,636	284,683

議会報



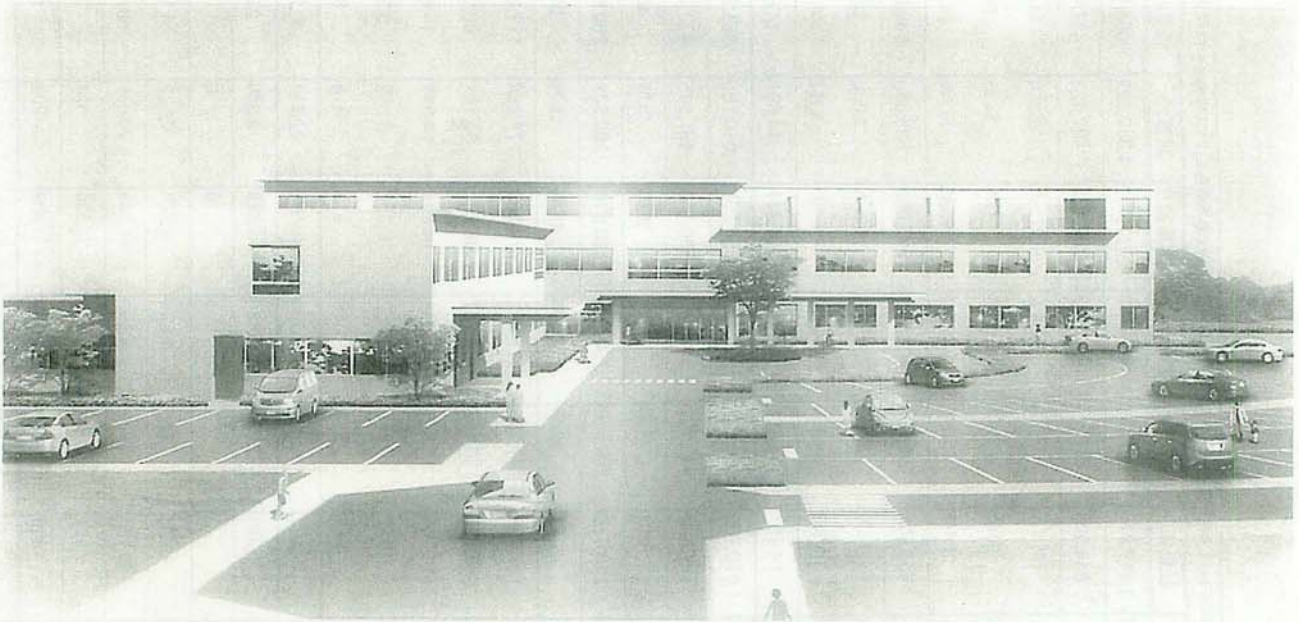
みはる

MIHARU

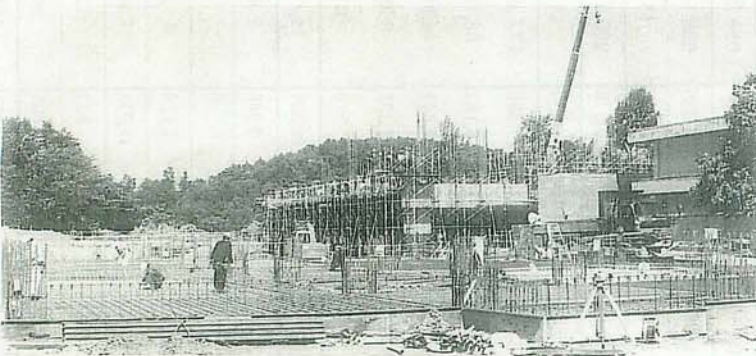
第 110 号

平成 19 年 11 月 1 日

発 行



完成予想図



新・町立三春病院 の建設進む！！

建設中の現場

新しい議会構成決まる

平成 18 年度各会計決算を認定

三春町町営住宅条例を一部改正

教育委員会委員に武地優子氏を同意

固定資産評価審査委員会委員に神田昭壽氏を同意

○発行／福島県三春町議会 ○編集／議会報編集委員会

〒963-7796 福島県田村郡三春町字大町 1 番地の 2
TEL0247-62-8124(議会直通)

FAX0247-61-2310(議会専用)

Eメールアドレス：gikai@town.miharu.fukushima.jp

委員長 本多一安 副委員長 柳沼一男

委員 影山初吉 日下部三枝 陰山丈夫

佐久間正俊 小林鶴夫 佐藤一八

町立三春病院ニュース

●● 担当医の紹介 ●●

10月1日から、内科医師として着任された石田真実（いしだまみ）先生をご紹介します。



Q ご出身は？

⇒ 生まれは北海道の上砂川町というところ。テレビドラマで有名な富良野の南にある炭鉱のまちです。育ったのは札幌市で、2歳の頃1年間だけ東京で生活しましたが、小学校から大学まで北海道で過ごしました。生粋の“道産子”です。

Q 福島の印象は？

⇒ 今年結婚して主人とともに郡山にきました。福島は自然が豊かで北海道と良く似ているなあという印象です。三春町の第一印象は、素敵な名前の町だなあと思ったことです。あと、お米が美味しいことが嬉しいです。

Q 家庭医を目指すようになったきっかけは？

⇒ 研修医のとき、家庭医療学会という学会に参加してホームドクターという存在を知りました。病気や臓器を診ることももちろん大切ですが、家庭医は「あなた（患者さん）を専門に診る」という考え方に惹かれました。まだまだ研修もスタートしたばかりで手探りですが、患者さんを取り巻く病気だけでなく、患者さんやご家族の気持ちに対するケア、そして地域全体の環境等を考慮したケアができるような家庭医になりたいと思っています。

Q 三春町のみなさんに一言

⇒ 三春のみなさんが健康で楽しく長生きしていただけるよう、お手伝いのできたらと思います。どうぞよろしくお願いいたします。

●● 「県民地域医療フォーラム」開催 ●●

福島県立医科大学主催により、地域に生きる医師の育成推進のためフォーラムを開催します。事業成果報告のほか、葛西龍樹教授にご講演いただきます。多数のご参加お待ちしております。（入場無料）

- ▼日時 11月16日（金）午後1時30分～
- ▼場所 三春交流館「まほらホール」
- ▼問 公立大学法人福島県立医科大学
☎ 024-547-1047

★まちおこしスペースの提案募集

来年5月にオープン予定の新病院の敷地内に、農産品などの地場産品の直売所など、まちおこしのためのスペースを設置したいと考えています。

町の土地をお貸ししますので、町内にお住まいの方で、まちおこしのための施設をやってみたい方の提案を募集します。

- ▼応募条件 町内在住の方
- ▼募集期間 11月1日から12月末日
- ▼問 財務課三春病院対策班 ☎ 62-2132

●● 自衛消防操法大会で特別賞受賞！ ●●



出場した3名

9月27日、郡山広域消防組合が主催する第37回自衛消防操法大会に初出場しました。この大会は、火災発生時の避難誘導指示や屋内消火栓による初期消火、救急対応などをより的確に行うことを競うもので、三春病院からは佐藤康善（検査室）・大和田睦美（外来看護師）・江藤真澄（事務部）の3名が参加しました。

大会まで練習を積み重ね、初出場ながら「優秀賞」と「特別賞」を受賞しました。

問い合わせ先 町立三春病院
事務部 ☎ 62-3131

がっさい教授の 家庭医療だより



三春町のみなさん、お元気ですか。紅葉の美しい季節になってきましたね。暖かい格好をして散歩してみてください。足腰が丈夫になるだけでなく、気分もすっきりすることでしょう。★先月は福島医大の「ホームステイ型医学教育」のことをお話ししました。ぜひ「県民地域医療フォーラム」へいらしてください。11月16日「まほら」でお待ちしています！★地域医療を充実させる取り組みとして、福島医大では、私が部長をしている地域・家庭医療部が中心となって「家庭医」を養成しています。家庭医が専門とする医療を「家庭医療」と言います。★家庭医は「家族ぐるみでかかれる便利な医者」ですが、詳しく知りたい方は、私たちのホームページ（<http://www.fmu.ac.jp/home/comfam/>）を見てください。ホームページ上段の「家庭医とは」というところをクリックするといろいろな説明を読むことができますよ。
【福島県立医科大学 地域・家庭医療部 教授 葛西龍樹】

1. 三春病院の運営方針

◇地域の中核病院としてニーズを捉え、安全で真に必要とされる医療を提供する。

- ・現在の常設診療科（内科、外科、産婦人科、耳鼻咽喉科）を継続。
- ・非常設診療科（小児科週1回、整形外科2回、眼科2回）を継続。小児科診療日増設検討。
- ・心療内科（または精神科）週2回、泌尿器科週1回を非常設診療科として新設。
- ・サブ急性期（高度医療後患者受け入れ、高齢者等）中心の機能、往診機能維持。
- ・土曜診療開設（終日）。夜間・休日・救急診療対応、災害時の拠点病院。
- ・病棟単位＝2単位（混合病棟）、49床＋37床＝86床。夜勤看護体制＝3交替。
- ・健診機能維持（町民健診、企業健診受託）。
- ・医療安全管理室、安全推進委員会、セーフティマネジメント部会による問題解決、予防策実施。
- ・安全管理指針、医療問題防止マニュアル、院内感染予防マニュアル等の整備。
- ・「患者の権利」を制定。患者の権利を擁護するための職員行動指針「職員倫理」を制定。
- ・外来待ち時間短縮に取り組む（外来予約制の導入等）。
- ・研修機能充実（臨床研修協力型病院、看護・医療技術職・事務職等学生の積極受け入れ等）。
- ・長期継続して質の高い医療、保健、福祉のサービスを提供するために健全経営に努める。

◇行政や地域の医療機関との連携を図り、医療、保健、福祉の向上に繋がるサービスを提供する。

- ・開放型病院の施設基準取得、開業医との共同診療、医療機器の共同利用の実施。
- ・地域連携室の設置による連携システムの構築・・・適切な紹介、逆紹介、退院後の環境整備等。
- ・地域の医師との症例検討会、地域の医師を講師に招いた健康応援講座の定期実施。
- ・地域企業との産業医委託を推進し、安心して働ける職場のサポートを行う。
- ・地域保健センターとの連携、協力体制。
- ・「どこでも健康教室」（出前健康教室）の企画・実施。
- ・星っ子クラブ、ランチオンママセミナー等子育て支援活動の企画・実施。
- ・病児保育の実施検討。

◇情報開示を積極的に行い、透明性の高い病院運営を行う。

- ・病院の詳細な収支及び財務状況や運営状況等の情報開示。HP、広報誌、年報等の媒体に実施。
- ・地域の声の収集・・・院内意見箱、モニター制度、HP、満足度調査、町設置の委員会への協力等。
- ・医療事故（インシデント含む）の情報開示については、町の基準に基づき実施する。
- ・HPでは、三春町や三春病院を近隣市町村にPR。
- ・個人情報保護への配慮・・・プライバシーポリシーの策定。
- ・診療情報管理士を配置し情報管理を厳格に行う。

◇町民参加型の病院運営、地域の発展に貢献できる病院運営を行う。

- ・各種相談業務の実施（医療相談、カウンセリング、入退院調整支援等）。
- ・地域の方々を対象にした健康応援講座、看護とのふれあい（健康相談）の定期実施。
- ・地域のコミュニティセンター機能（待合ホールの活用、文化活動発信の場を提供）。
- ・病院フェスタ（祭り）の開催、町の行事への職員の積極参加（町、町民との交流）。
- ・地元出身医療従事者の積極採用。
- ・地域への職員の定住推進（職員住宅検討、持ち家助成制度等）。
- ・診療未収金、国保税の回収、徴収業務。

「三春町立三春病院の運営方針について」

- ・地域産業との連携、雇用機会創出（地元企業との委託業務契約等）。
- ・食堂の用途変更を検討する（職員専用から患者・見舞い客用への変更）。
- ・売店、自動販売機等の見直し（品揃え、営業時間、価格、業者選定等）。
- ・ボランティアの受け入れ（保育補助、院内案内等）。
- ・地元小中高生の職場体験受け入れ（総合学習、高校生の進路選択）。
- ・医療データベースの構築…電子カルテ、オーダーリング、医事システムの導入検討。

◇新築される病院で取組む基本項目

- ・地域におけるコミュニティーセンター機能をさらに充実し、様々な人が集まる病院作り。
- ・安全で患者さんのプライバシーを尊重した入院療養環境を提供。（一人または二人室の設置等）
- ・病児保育の実施や保育所併設など地域の子育てを積極的に支援。
- ・健診機能の充実やリハビリテーションの導入を図り地域保健活動との連携体制を推進。
- ・ITを活用し患者さんの病院利用を促進し、効率の良い病院運営体制。

2. 病院、スタッフ管理体制

◇職員の確保、採用

- ・職員配置：医師 10 名、看護職 51 名、薬剤師 4 名、技術職 6 名、事務職 6 名、合計 77 名。
- ・医師については、医師研修を引き受けている、人事交流のある複数の大学医局と連携。
- ・看護職員については、全国 100 校以上の大学、専修学校に対し公募実施。
- ・産休、育児休業中の職員に対し様々な支援を行い、離職防止に努める。

◇職員能力向上のための研修

- ・教育委員会設置。
- ・当財団で実施している全体研修への参加（新入職員研修、5 年目研修、中堅職員研修等）。
- ・HODAS（星総合病院能力開発制度）の活用。

◇人事管理

- ・職能資格制度に基づき職責、役職に応じた資格等級を設定し給与体系とする。
- ・人事考課により職員の評価、処遇を公正妥当に行い、昇給や賞与に反映させる。
- ・昇格、昇進は原則年 1 回行う（試験実施）。
- ・ポイント制退職金制度を導入する。

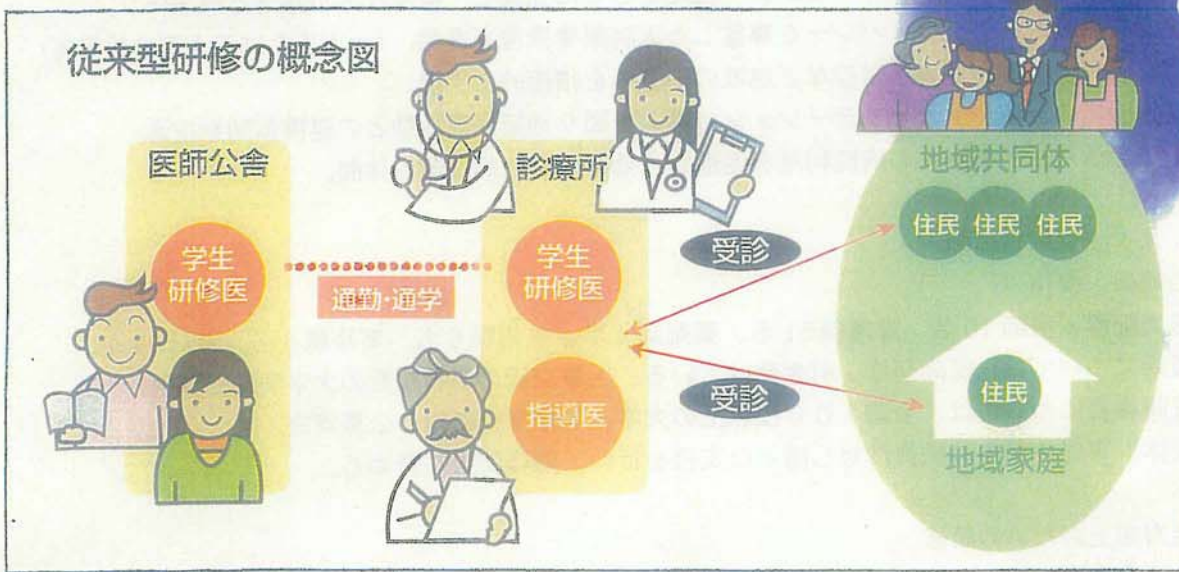
◇職員安全衛生

- ・福島県次世代育成支援企業認証（平成 17 年度）。
- ・職員メンタルサポート（医師、臨床心理士、看護職員等によるサポート）。
- ・産休、育児休業者に対する復職と子育て支援の実施。
- ・職員家族の健康診断実施と事後指導による健康管理体制。

研修プログラム



従来型研修の概念図



ホームステイ型医学教育研修プログラム

