

全国病院事業管理者協議会

会報 第23号
平成28年11月

全国病院事業管理者協議会 事務局(担当:佐々木)
〒030-8553 青森市東道2丁目1番1号
青森県立中央病院がん診療センター企画室内
TEL:017-726-8046 FAX:017-752-9088

第15回全国病院事業管理者・事務責任者会議の開催報告

長崎県病院企業団・企業長
米倉 正大

さる2016年8月25日及び26日の両日にわたり長崎市のホテルニュー長崎で長崎県の中村法道知事の出席を得て第15回全国病院事業管理者・事務責任者会議が開催されました。北部九州は1か月以上連日の35度近くの猛暑が続く中、全国からこれまでより多い186名の参加者がありました。



第一日目のテーマは『地域医療構想への提言と自治体病院の貢献』として、セッションAでは、全国自治体病院協議会の会長である邊見公雄先生、この会の会長である吉田茂昭先生、名誉会長である矢野右人先生の3名の方で、「自治体病院の在り方と役割」について鼎談という形式で行われ、自治体病院とは、自治体病院は地域医療構想にいかに対応すべきか、自治体病院として今後いかに存在すべきかなどについて、熱い議論が行われました。続いて全国の会員の方にあらかじめアンケートされた結果がまとめられた冊子が読み上げられました。



セッションBでは、「地域規模による地域医療構想の考え方」で、最初に基調講演として、DPCを利用した急性期病床の機能分化と強化について、産業医科大学の松田晋哉教授にご講演いただき、そのあと引き続き小規模県、中規模県、大規模県における地域医療構想の考え方について、島根県病院事業管理者の中川正久先生、千葉県病院事業管理者の矢島鉄也先生、昭和病院企業団企業長の上西紀夫先生に、それぞれの立場より発表いただきました。17時30分から行われた協議会総会では平成27年度の決算や平成28年度の予算の承認が行われ、最後に平成28年度の開催県である沖縄県病院事業局・局長の伊江朝次先生から、次の開催は台風を避けるため夏の時期をずらして、29年の1月に予定しているのご挨拶がありました。引き続き懇親会が行われ、長崎県産品による料理がテーブルに用意され、日本酒で乾杯が行われた後、中国伝統舞踊である変面が行われ長崎ならではのおもてなしが行われました。



翌2日目のテーマは『自治体病院の改革——特に小規模病院改革と地域枠医師の確保——』について、アンケート結果報告に引き続き話し合われました。

最初に「自治体病院改革と地域枠医師の活用」で矢野右人名誉会長の基調講演が行われたあと、引き続き4名の方の小規模自治体病院の改革と医師確保についての発表がありました。

2日間通して討議が行われたテーマは、いずれも簡単に答えが見つかるわけではなく、それぞれ病院の置かれた地域性やこれまでの歴史など多くの課題を抱えていました。それらの課題一つ一つ丁寧に取り組みながら前へ進めなければならない思いがある一方、それぞれの思いを抱え込んで、前に進めず、特に人口減の激しい地域では、医療の質を維持するためには、大幅な改革も必要であるということが感じられた会議でありました。



(講演録につきましては、協議会ホームページに掲載しておりますのでご覧ください。)

第15回全国病院事業管理者・事務責任者会議次第

場所：長崎市「ホテルニュー長崎」

I 平成28年8月25日(木)

1. 開会式

- | | | |
|-----------|-----------------|-------|
| (1) 歓迎の言葉 | 長崎県病院企業団企業長 | 米倉 正大 |
| (2) 主催者挨拶 | 全国病院事業管理者協議会 会長 | 吉田 茂昭 |
| (3) 開催県挨拶 | 長崎県知事 | 中村 法道 |

2. テーマI「地域医療構想への提言と自治体病院の貢献」

A 鼎談：自治体病院のあり方と役割

- | | |
|------------------|----------------|
| 全国自治体病院協議会会長 | 邊見 公雄 |
| 全国病院事業管理者協議会会長 | 吉田 茂昭 |
| 全国病院事業管理者協議会名誉会長 | 矢野 右人 (モデレーター) |

- (1) 自治体病院とは？
- (2) 自治体病院は地域医療構想にいかに対応すべきか？
- (3) 自治体病院として今後いかに存在すべきか？

「鼎談」の内容につきましては、会報の最後に掲載しておりますのでご覧ください。

アンケート結果報告 I

B 地域規模による地域医療構想の考え方

- | | |
|--------------------|-------|
| 司 会：全国病院事業管理者協議会顧問 | 小田 清一 |
| 長崎県病院企業団企業長 | 米倉 正大 |

基調講演：「急性期病床の機能分化と強化」

- | | |
|--------------------|-------|
| 演者：産業医科大学教授 | 松田 晋哉 |
| (1) 小規模県における構築の考え方 | |
| 演者：島根県病院事業管理者 | 中川 正久 |
| (2) 中規模県における構築の考え方 | |
| 演者：千葉県病院事業管理者 | 矢島 鉄也 |
| (3) 大規模県における構築の考え方 | |
| 演者：昭和病院企業団企業長 | 上西 紀夫 |
| (4) 討論 | |

II 平成 28 年 8 月 26 日 (金)

アンケート結果報告 II

1. テーマ II 「自治体病院の改革」 — 特に小規模病院改革と地域枠医師の確保 —

司 会：全国病院事業管理者協議会名誉会長 矢野 右人
鹿児島県立病院事業管理者 福元 俊孝

基調講演：「自治体病院改革と地域枠医師の活用」

- 演者：全国病院事業管理者協議会名誉会長 矢野 右人
- (1) 小規模自治体病院の効率化、分院化と医師確保
演者：大崎市病院事業管理者 阿部 健雄
- (2) 小規模自治体病院の効率化連携と医師確保
演者：周防大島町公営企業管理者 石原 得博
- (3) 大病院小病院の連携と医師配置
演者：広島県病院事業管理者 浅原 利正
- (4) 地域枠卒業生の立場より持続的勤務への提言
演者：長崎県上五島病院院長 八坂 貴宏
- (5) 討論

2. 次期開催挨拶

沖縄県病院事業局 局長 伊江 朝次

3. 閉会式

長崎県病院企業団 企業長 米倉 正大

私の信条 18

熊本県 上天草市立
上天草総合病院事業管理者
樋口 定信



「信頼される地域医療」

昭和 62 年に龍ヶ岳町立上天草総合病院（平成 16 年から上天草市立上天草総合病院）に赴任して、今年で 30 年目になる。当院のような少子高齢化が急速に進行している過疎地の自治体病院を取り巻く状況は近年ますます厳しくなっている。当院が自治体病院として生き残るために、いろいろな対策をとってきた。その基本にオスラー博士の「医療は患者さんと医師（医療従事者）の信頼関係に基づいた協同（協働）作業である」という言葉を置き、医療水準の向上と経営健全化に取り組んできた。すなわち、地域住民の皆さんに信頼され応援してもらえる病院でなければ生き残れないこと。また、赤ちゃんからお年寄りまで地域の皆さんが住み慣れた町で健康で安心して生活できる町づくりに貢献するという気持ちがあれば自治体病院は必ず再建できることを信じて改革を行ってきた。

10 年前からは地域婦人会の皆様が病院ボランティアとして、週 2 回活動していただいている。ボランティアの応援もあり、9 年前からは経営も健全化している。今後さらに「住民参加型の医療」を推進していきたい。

総会報告

平成 28 年 8 月 27 日に開催された協議会総会で、以下について承認されました。

役員の変動

平成28年10月

旧役員

新役員

1. 名誉会長・顧問

役職名	氏名		備考
名誉会長	矢野 右人	元協議会長	
顧問	小田 清一	前協議会長	

役職名	氏名		備考
名誉会長	矢野 右人	元協議会長	
顧問	小田 清一	前協議会長	

2. 幹事

役職名	氏名	所属団体名	備考
会長	吉田 茂昭	青森県	都道府県
副会長	塩谷 泰一	高松市	市町村
副会長	齋藤 貴生	田川市	市町村
副会長	中川 正久	島根県	都道府県
幹事	坂井 茂子	亀岡市	市町村(退任)
幹事	並木 昭義	小樽市	市町村
幹事	二村 雄次	愛知県	都道府県(退任)
幹事	福元 俊孝	鹿児島県	都道府県
幹事	伊江 朝次	沖縄県	都道府県
幹事	矢島 鉄也	千葉県	都道府県
幹事	高橋 俊毅	横浜市	政令市
幹事	樋口 定信	上天草市	市町村

役職名	氏名	所属団体名	備考
会長	吉田 茂昭	青森県	都道府県
副会長	塩谷 泰一	高松市	市町村
副会長	齋藤 貴生	田川市	市町村
副会長	中川 正久	島根県	都道府県
幹事	並木 昭義	小樽市	市町村
幹事	福元 俊孝	鹿児島県	都道府県
幹事	伊江 朝次	沖縄県	都道府県
幹事	矢島 鉄也	千葉県	都道府県
幹事	高橋 俊毅	横浜市	政令市
幹事	樋口 定信	上天草市	市町村
幹事	上西 紀夫	昭和病院企業団	企業団(新任)

3. 監事

役職名	氏名	所属団体名	備考
監事	佐々木 信義	豊川市	市町村
監事	米倉 正大	長崎県病院企業団	企業団

役職名	氏名	所属団体名	備考
監事	佐々木 信義	豊川市	市町村
監事	米倉 正大	長崎県病院企業団	企業団

平成27年度全国病院事業管理者協議会 事業実績報告書

事業名	概要
全国病院事業 管理者研修会 (当番世話人) 齋藤 貴生 田川市病院事業管理者	開催日時：平成27年5月23日(土) 10:00～17:00 開催場所：「都市センターホテル」 (東京都平河町) テーマ：「新たな医療改革の基本的考え方と実践」 参加者：114名
第14回全国病院事業 管理者・事務責任者会議 (当番世話人) 並木 昭義 小樽市病院事業管理者	第1日目 平成27年8月27日(木) 13:00～17:00 テーマⅠ：「地域医療構想を踏まえた自院のあり方 ～病床機能の選択について～」 第2日目 平成27年8月28日(金) 9:00～12:20 テーマⅡ：「新たな公立病院改革 ガイドラインへの対応について ～病院事業管理者の立場から～」 開催場所：「グランドパーク小樽」(小樽市) 参加者：88団体 160名
協議会総会	開催日時：平成27年8月27日(木) 17:10～17:40 開催場所：「グランドパーク小樽」(小樽市) 議題：1 協議会役員の異動について 2 平成26年度決算について 3 平成27年度予算について 4 平成28年度開催行事について 5 管理者協議会ホームページについて 6 メーリングリストの活用について
総務省訪問 (訪問者) 矢野名誉会長 吉田会長 塩谷副会長 齋藤副会長 中川副会長	訪問日時：平成27年11月17日(火曜日) 13時30分 訪問先：(1)総務省 準公営企業室 亀水 晋 公営企業担当審議室長 長谷川 淳二 準公営企業室長 (2)総務省 自治財政局交付税課 大沢 博 交付税課長 ※概要については、協議会ホームページに掲載。
全国自治体病院協議会 との連絡会議 (出席者) 矢野名誉会長 吉田会長 塩谷副会長 齋藤副会長 中川副会長	開催日時：平成27年11月17日(火曜日) 15時30分 開催場所：剛堂会館 2階 会議室 協議事項：(1)国への要望事項について (2)地域医療構想、地域包括ケア システムについて (3)新専門医制度及び総合診療医について (4)新公立病院改革ガイドラインについて (5)地方公営企業会計の見直しについて

平成28年度全国病院事業管理者協議会 事業実施計画書

事業名	概要
全国病院事業 管理者研修会 (当番世話人) 中川島根県病院事業管理者	開催日時：平成28年5月27日(土) 9:50～17:00 開催場所：「都道府県会館」(東京都平河町) テーマ：「地域医療(構想)とICT」 参加者：97名
第15回全国病院事業 管理者・事務責任者会議 (当番世話人) 米倉長崎県病院企業団企業長	第1日目 平成28年8月25日(木) 13:00～17:30 第2日目 平成28年8月26日(金) 9:10～12:00 テーマ：1 「地域医療構想への提言と 自治体病院の貢献」 2 「自治体病院の改革」 開催場所：「ホテルニュー長崎」(長崎市)
全国病院事業管理者 協議会総会	開催日時：平成28年8月25日(木) 17:30～18:00 開催場所：「ホテルニュー長崎」(長崎市) 議題：1 役員の異動について 2 平成27年度決算について 3 平成28年度予算について 4 平成29年度開催行事について 5 管理者協議会会員名簿について 6 管理者協議会HPについて
総務省訪問 「定例意見交換」	開催日時：平成28年11月21日 訪問先：総務省 準公営企業室
全国自治体病院協議会 との連絡会議	開催日時：平成28年11月21日 開催場所：剛堂会館 2階 会議室

平成27年度全国病院事業管理者協議会 決算報告書

(収入)

科目	金額	備考
H26繰越金	6,343,193	
会費	8,100,000	@50,000円×162団体
研修会負担金	48,000	研修会参加費：@3,000円×16名
その他	利息	1,036
	負担金	415,000
収入合計	14,907,229	

(支出)

科目	金額	備考
研修会運営費	3,704,586	東京都内開催
定例会運営費	2,095,372	小樽市開催
総会・役員会開催経費	4,597,292	都内3回、小樽市1回開催
協議会会報経費	45,900	会報2回
ホームページ・ メーリングリスト経費	1,137,240	制作・維持管理委託
所得税	11,178	研修会講師報酬分
事務局経費	467,675	事務用消耗品・備品・人件費
次年度繰越金	2,847,986	
支出合計	14,907,229	

平成28年3月31日
上記のとおり報告いたします。

全国病院事業管理者協議会 会長 吉田 茂昭

平成28年3月31日
監査の結果、上記報告書のとおり相違ありません。

監事 米倉 正大

監事 佐々木 信義

平成28年度全国病院事業管理者協議会 予算書

I 収入の部 (単位：千円)

科目	金額	備考
前期繰越金	2,847	
会費	8,050	@50千円×161団体 1団体震災減免
研修会負担金等	433	
収入合計	11,330	

II 支出の部 (単位：千円)

科目	金額	備考
研修会運営費	1,075	東京都開催
全国会議運営費	2,000	長崎市開催
総会・役員会開催経費	3,718	総会 1回(長崎市) 役員会 4回
協議会会報制作経費	46	会報制作 2回/年
ホームページ等運営経費	809	制作・管理委託費
事務局経費	247	事務消耗品費等
次年度繰越金	3,435	
支出合計	11,330	

平成28年4月1日提出

全国病院事業管理者協議会 会長 吉田 茂昭

鼎談：自治体病院のあり方と役割



全国自治体病院協議会 会長 邊見 公雄
全国病院事業管理者協議会 会長 吉田 茂昭
全国病院事業管理者協議会 名誉会長 矢野 右人(モデレーター)

- 【テーマ】** (1) 自治体病院とは？
(2) 自治体病院は地域医療構想にいかに対応すべきか？
(3) 自治体病院として今後いかに存在すべきか？

全国病院事業管理者協議会 名誉会長 矢野 右人

医療は公定価格で行われているわけです。そういたしますと、自治体病院ではなくとも医療というのは原則的に公的な性格を帯びています。医療は原則公的に行われているものの中で、なぜ自治体病院か？ 自治体病院の使命はというところが、やや難しいことになります。

もちろん自治体病院の使命はガイドラインにありますように、誰も手をつけたがらないところの医療をやる、そこを担当する、あるいは政策医療や災害医療をやるという、今までの考え方もございますが、何と言っても誰も手を付けたがらないところをやるのが自治体病院の最終的な使命になることは、ここにいらっしゃるすべての方が同意されることだと私は思っています。

一方、自治体病院は2009年度で、2兆1000億円の累欠があると言われていました。

よく我々の仲間からも、「先生の病院はいいね、自治体病院だから繰入金たくさん貰って私たちの病院とは違う！ その上赤字を出している」と非難されることも往々にしてあります。

更にですね、医療費が50兆円を超える時代になってきました。国民負担が限界になってくる時代になってきました。自治体病院の改革プランとか自治体病院のガイドラインで、自治体病院が責められる時代になってきました。

ただ、将来にわたり自治体病院が必要なことは明確なことです。先程言いました誰も手を付けない部分が残っているからでございます。いかにすれば自治体病院が存続できるか、その方法は果たして何だろうか、ということが問題になります。

20年前までは、自治体病院の定義とか自治体病院の使命というのは明々白々でした。誰に聞いても「自治体病院とは」にお答えできた。今、皆さん方に自治体病院とは何ですか？ 日赤や済

生会とどう違うんですか？ と問われると非常に曖昧な答えしか返ってきません。一方、改革が必要な中に、使命、あり方論、自治体病院の定義ということ、我々一人ひとりが肝に銘じておかないと、立ち位置がぐらついていますと、改革もワイワイ言うだけで実務がなくなるわけです。

そこで、本日は、この大テーマで議論するわけですが、全自病協の邊見会長と全国自治体病院管理者協議会の吉田会長の両巨頭に、自治体病院とはこういうものかという定義、そして自治体病院が医療構想にどう役立つかは定義と使命で必然的に出てくるわけですが、これから先自治体病院がどういう形でどう残るのか、その時の根幹となる使命、根幹となる定義はどういうものであるかということ、いつもお考えのお二方の巨頭にお聞きしながら、鼎談という形で我々の理解と自覚を深めていければと思います。これを本日の会議の基本的な考え方のなかに置きたいと思っています。ただし、正論が何かというのはございません、お互いに意見が違ふと思います。どれが良くて悪いということはお聞きになった方が個人個人で考えて頂きたいと思っています。

それでは最初に、基調的講演として10分ずつお話しをして頂きます。それでは邊見会長よろしくお願い致します。

全国自治体病院協議会 会長 邊見 公雄

「自治体病院とは」というのは、今矢野先生からお話しがありましたように、昔は非常に簡単だったんですね。自治体病院は、自治体が建てる自治体内の住民の医療をやるための病院、と簡単だったんですけども、今はどんどん民間病院も公的な医療をやるようになって、新臨床研修医制度で公立病院に良い医師が来るという時代でなくなって、民間の院長、理事長、事務長が、医局の人事担当者に贈り物をして良い先生を頂いているというのが現状です。寄付講座で医師を頂いているところもあるということで、非常にややこしい時代になっております。

私は、自治体病院とは、ここに書いてありますように The Hospital Of the community, By the community, For the community、これはリンカーンの独立宣言で The government of the people by the people for the people、「人民の人民による人民のための政府」と同じようにですね、「地域の地域による地域のための病院」だろうというふうに思っております。

私が平成10年に新しい病院を作りまして、移転した時の竣工式のパーティーの時の挨拶で、この病院は市長のものでもありません、院長のものでもありません、まして職員や組合のものでもありません、皆さん市民のものであります。患者として来てくれてもいいですし、職員として来てくれてもいいです、オンブズマンでも見学者でもいいです。潰すのも盛り立てるのも、皆さん市民です。このコミュニティーのところが、Hospital Of the citizen By the citizen For the citizen と市民病院ですので citizen という言葉を使わせて頂きましたけれども、やっぱり今はコミュニティーですね。自治体病院の顧客は誰かということになりますと、1に患者さん。地域の患者。2つめは地域の医療機関。これは診療所や病院とかですね、あるいは薬局、そういうところもあるでしょうし、三師会ありますし、福祉系の学校がある町もあるでしょう、そういうふうな医療関係者のための一つのセンターにもなります。3つめが全ての地域。小学校や老人クラブや自治体あるいは会社ですね、産業医もですね、医師会の人でも難しい有機溶媒を扱っているような工場とか、あるいは大きな騒音が出るようなことで難聴になるようなところ、そういうところは自治体病院が産業医として入らなくては行けないというふうに思っております。

特に私は、小中学校の教育に自治体病院は絶対関わらなくては行けないと思っております。日本の教育の中で非常に弱いのは保健医療だろうと思っております。こんなにたくさんの資源を使って、医療費だけでも40兆円、他のものもいれると国家予算のかなりの部分を使っているにも関わ

1. 自治体病院とは？

The Hospital

Of the community

By the community

For the community

らず医療・保健のことが義務教育であまりにも少ない。だから、少子化対策は、養護教諭が顔を赤らめてセックスの話を教えているというようなことでは、私は駄目だろうと思っております。自治体病院の泌尿器の先生、婦人科の先生が行かなければならない。そうしてちゃんと教えて、合計特殊出生率が1.2に落ちてしまっているのをどうにかして食い止めないといかん。地方創生には人口が減っていけば全く駄目なので。

私は、地域医療構想を作る委員もしていました。「この会は地域医療構想ですが、地域構想というのはあるんでしょうか、地域が減びたら地域医療は成り立ちません」と言いますと、どの官僚も委員も何も言いませんでした。私は本末転倒だと思って、この会は駄目だなあと思いました。そうすると、ある財務省から推薦されている、財務省寄りよりの政府よりの御用学者がですね、「石破さんが地方再生の方はちゃんとやってくれますので、ここの委員は医療の構想だけに熱中して下さい」というような脳天気な首都圏ボケの委員がおりましてそんなことを言いました。それでは私はあかんだろうなと思っております。

それから、「地域医療構想にいかに対応すべきか？」ということですがけれども、一つは先程もありましたように、自治体病院は1,000近くあるわけですから、大中小とあとで分かれて討論もあるようですがけれども、ローカルセンター的なもの、がんセンター、小児病院、リハビリテーション病院、循環器センター等々、災害医療センターとかも最近だいで出てきました。そういうローカルセンターもナショナルセンターの地方版というのが一番高度といえば高度かもわかりませんが、そういうような生き方もあると思います。これは地域医療構想とあまり関係なくやっていける病院の立ち位置だろうと思っております。

二つはですね、ゆりかごから看取りまで、万屋病院、昔田舎にあった雑貨店みたいなですね、そういうふうなことをやらなくてはいけない病院も、人口5万、10万の中小都市はそうなる。この中で一番大事なのは、キーワードとしては地域包括ケア病棟、これが一番診療報酬上も優遇されておりますし、財政等審議会がこの病棟の点数を上げなさいと言いました。東芝の不正経理した人達の前の社長が座長ですがけれども、とうとうあの人もボケたのかなあと、今まで財政等審議会が診療報酬を上げろと言ったことは1回も無かったので、ところが次のところに7対1病床を減らすために書いていたんで、これで解ったわけでごさいます。これが昔全日病が言っていた地域一般病棟に当たるかと思えますけれど、これはかなりのところが地域包括ケア病棟を中心にやっていく。ポストアキュートはアキュートの後を受ける、サブアキュートは自宅とか施設で骨折したり、風邪をこじらして肺炎になったりして行く。在宅復帰支援はポックリリハビリテーションというのですが、POCつまりポイントオブケア、普通のリハビリではなくて食事介助とか両便介助、あるいは入浴介助、電話のかけ方、こういう一般生活のリハビリテーションをやって早く家に帰す。

四つ目は、これは非常に使い勝手がいいんですが、糖尿病患者の教育入院、1週間位ですね。それからシャント手術の後の透析用、1週間位慣らし透析みたいな事。最近は短期入院手術、手術と麻酔が外出しになりましたので非常に使い勝手がいいと思います。あとは検診、急性期、プレホスピタルケアに重点を置く、そして地域包括ケアを取る、どちらかというとは後方連携ではなく前方連携。後ろの4番目のタイプとしては、慢性期から介護、訪問、在宅といくような後方連携と、こういうふうなパターンもあってもいいんじゃないかなというふうに思います。

三つ目は、これからは病院だけでは生きていけないと思います。ジムがあったり、プールがあったり、いろんな看護系の施設があったりですね、プレホスピタルケア、ポストホスピタルケアもこれからは意図的にやっていかないといけないんじゃないかと思えます。

次は、「どのようにして生き残るか」ということですが、形態とか規模とか経営形態とか、いろんなことがあると思いますのでとにかく生き延びることです。あまり格好をつけない。うちは急性期だけやります、なんて言わないでですね、地域住民とか首長さんが公立病院としてそんなんでいいのかと言ってもですね、それでは生き残れませんと言って、自分たちの立ち位置をしっか

2. 地域医療構想にいかに対応すべき？

1. ローカルセンター
2. 万屋病院(ゆりかごから看取りまで)
3. 検診、急性期+地域包括病棟
4. 慢性期+介護、訪問

病院から健院へ

りして、ベッドを減らすべきところは減らし、潰すところは潰して、合併したりして、とにかく生き延びること、これが住民にとっても一番いいことです。

私、国保の審査員を20年やりました。民間病院の生き残り策はすさまじいです。法律を乗り越えて行っています。法律は破ってはいけませんよ。法律は乗り越えていくものです。ところが自治体病院には法律を乗り越えるという気合いがありません。これが一番いけないと思っています。院長はじめ医療職は率先して診療報酬の本をじっくり読んで経営を主導。地域包括ケア病棟を前回の改訂で取った人が一番正解です。今回は認知症ケア加算、これが今後の診療報酬の肝になるだろうと思っています。早くに認知症ケアナースを養成して、精神科医をパートでも入れるとかして、これから600万人とか800万人とかいわれてくる認知症対策を自治体病院でやらないといけないだろうと思っています。

それから、行政や政治への強い関与。特に、管理者の方々は院長よりもずっと首長に近い立場におられるわけですから、出来るだけ政治力を発揮して頂きたい。今度の専門医制度はですね、政治力の勝利です。関西広域連合にお願いし、かつ議員連盟の細田博之先生を動かして塩崎さんのところに行けば、あっという間に立ち止まって考えるということが実現しました。こんなに政治というのは強いのかと私も痛感いたしました。

今度の参議院選挙で、ジャイアンツの堀内恒夫さんと若林健太さんという議員連盟の二人落ちました、赤石清美さんという前の厚生副大臣、臨床検査技師会長が勇退されました。この後は宮島喜文さんという飯田市立病院の検査技師長が当選しましたので実質はマイナス2ですけども、いろんな方々にお願いして124名の自治体病院議員連盟。電力議員連盟とか自動車議員連盟は300人もおるんですよ。こういう人達に太刀打ちできるような、みんな自治体病院があるわけですから、病院がない議員さんなんておらんわけですから是非ですね、そういう政治力も発揮していかなくてはいけないというふうに思っております。

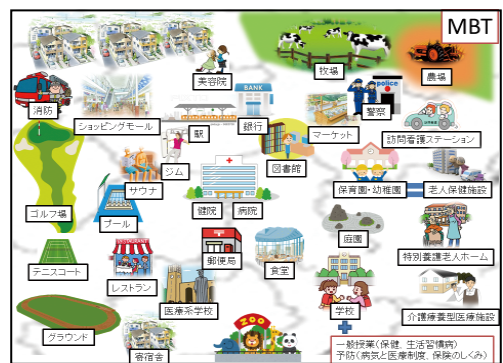
4番目はMBTです。Medicinen Baced Town。これは医療を中心とした町づくりです。これはメイヨーとか佐久とか、土浦共同病院がメディコエコタウンというのをやられました。エコも、産廃とかですね、いろんなことも含めて町づくりにいろんなことをやったんですね。こういうことが大事と思っております。

これは、私が去年の軽井沢でありました日本病院会の座長をさせて頂いた時に、将来はこういう病院を作ったら、真ん中には病院と健院と両方、横にサウナ、ジム、プールとかいろいろゴルフ場もありますね、テニスコート、レストラン、郵便局や食堂は遠くにあります。医療系の学校をいっぱい作るわけですね。医療系の学校はナースを始め、若い雌が集まる場所です。シートンとファーブルを首長さんに読んでもらうわけです。私がこう言ったらすぐに市長にですね、「シートンの動物記、ファーブルの昆虫記を読みましたか？ 若い雌がおれば雄が寄ってきて人口が減らないんです。だから女王蟻や女王蜂がおるところは必ずコロニーは栄えるわけです。」そういうふうにしてですね、うちの場合は関西福祉大学というのを作って貰いました。20億円の土地が無償供与、40億円の建物の4割の16億円は市が出すというふうなことでやって頂きました。焼場などは見えない方がいいので遠いところにおいていますけども、地産地消ですね病院の給食なんかもやるとかですね、将来的には観光的に外国人がインバウンドで人間ドックに来るといってもよいと思いますけれども、そういうふうなことをやる。

これは奈良医大のある橿原市のすぐ前に、今井宗久が作った今井町というのがあるんです。これは堺の豪商です。その町が住みにくいということで空き家が増えたんです。そこへ脳卒中の後の人を家族ぐるみで住まわせて病院と一緒に町ぐるみでやる、そういう町も荒井正吾知事

3. いかにかに存続するか？

- とにかく生き残ること、形態、規模、どんなに変わっても
- 子供を産める地域を作る主導的な役割(出産、育児特区を目指す)コウノトリ資金
- 院長はじめ医療職が率先して経営主導
- 行政、政治への強い関与(今回の専門医制度への対応)




と奈良医大の細井学長と一緒に頑張っています。

最後は、いつも私が出すスライドです。

自治体病院は4つの船があれば不沈戦艦になると思っています。院長さんまたは事務長、看護部長等の幹部のリーダーシップ、理事者・開設者とのパートナーシップ、職員のプロフェッショナルシップ、地域住民とのフレンドリーシップ。この4つの船さえあれば、自治体病院は永遠不滅になるのではないかなあというふうに思っています。あとで皆さん方からの御意見が頂けたらと思います。

4つの船

1. 院長、または事務長のリーダーシップ
2. 理事者・開設者とのパートナーシップ
3. 職員のプロフェッショナルシップ
4. 地域住民とのフレンドリーシップ



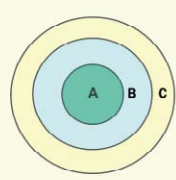
5

全国病院事業管理者協議会 会長 吉田 茂昭

矢野先生から頂いた第1問は、「自治体病院とは何か」ということなのですが、そもそも戦後日本の医療復興に際して主力を担ったのは、専ら国公立の病院、つまり官主導でした。この当時から今に至るまで、国公立病院に対する国の政策的な位置づけは余り変わっておらず、近距離の市町村（図中Aの部分）については市町村立の病院が、また、都道府県（図中Bの部分）の中核病院としては都道府県立の病院が面倒をみる。さらに、全国的な医療ニーズ、つまり

自治体病院とは何か

医療政策上の本来的位置づけ



- A: 近距離機関(市町村)
1~2次医療圏の中核機能
(=primary careの拠点)
- B: 中距離機関(都道府県)
2~3次医療圏の拠点機能
- C: 遠距離機関=政策医療(国)
ナショナルセンター、難病施設
ハンセン氏病療養所

政策医療に関しては、国立病院とかナショナルセンターとかが、その任を担う。こうした姿が本来的な位置づけとされています。しかし、現実的にはAとBのところに基幹的な民間施設も入ってきますし、また、本来はCであるはずの国立病院がAやBの領域と重なってしまい、一体どこがどう違うんだというようなことが、あちこちで論議されましたし、今なお問題になったりしています。

一方、公立病院改革ガイドラインを読みますと、「自治体病院は民間が提供困難な医療を担う」ということになっています。従って、文字通りガイドラインに従いますと、自治体病院の機能は民間次第ということになりますので、民間力が乏しいところはprimary careから何からやらなければいけないし、民間施設が程々あるところでは専門医による総合病院をやり、さらに、民間施設が林立するようであれば、特殊な政策医療に特化したり、高度医療を手がけたりと、相手次第で目的や機能を相対化しなければならない、ということになります。だとすれば、自治体病院とはその程度のものなのかというふうに思えて少し悲しくなるわけであります。我々は、地域の隙間産業をやっているわけじゃないですよ。もっと根元的な位置付けがあるに違いないと思いたいのです。この点を突きつめていきますと、矢野先生、邊見先生が触れられているように、コミュニティとの関係に行き着くことになります。

自治体病院とは何か

現実としての位置づけは如何に？

- 近、中距離機関には多数の民間病院が存在
 - ・ 民間が提供困難な医療を担う(ガイドラインより)
- GLの遵守は自治体病院の機能を相対化しかねない
 - ・ 民間が乏しい地域→primary care(総合診療)
 - ・ 民間が程々ある地域→専門医による総合病院機能
 - ・ 民間が林立する地域→政策医療に特化すべき
 - ・ 自治体病院は地域の隙間産業なのか？
- 根元的な位置づけをもう少し明確にすべき
 - ・ 公益性の追求(住民への公的医療提供サービス)
 - ・ 儲け主義への対抗軸、良心的医療の担い手(公立)
 - ・ Tax payer(住民)との関係構築

つまり、自治体病院の根元的な位置づけとすべき柱の第一は、公益性の追求、つまり個々の住民のみならず、住民全体の利益を念頭においた医療サービスを提供していくという自覚だろうと思います。次の段に、第二の柱として儲け主義への対抗軸と書いてありますがけれども、国民皆保険が始まった昭和36年当時、日本医師会は武見会長の全盛期でありまして、保険の点数配分が開業医に厚く、開業医のやらないような大手術には薄くというように案配されたため、国立病院や国立大学病院が大赤字となり特別会計に頼ったり、自治体病院が開設者に繰り入れをお願いしたりというような状況に追い込まれました。ちなみに、昭和38年に示された医療制度審議会の答申を見ますと、病院は外来をやめて入院に特化すべきである、というような方向性まで打ち出されております。その挙句どうなったかと言いますと、老人医療の無料化が施行された際に、水増し

請求や架空請求が頻発するなど、ひどい状況に陥り、日医の金満体質が批判される一方で、自治体病院は真面目で質の良い医療をやっている、良心的な医療の担い手であるということで見直される契機になりました。ちょうど、諸橋先生が全自病協の会長をされていた頃だと思いますけど。そういった歴史を見てもですね、民間に任せたらどんなことになるかという教訓を、我々はすでに経験していますので、改めて、こういった儲け主義への対抗軸としての存在意義ということを挙げさせて頂きました。

それともう一つは、タックスペイヤーとしての住民への対応です。自治体病院における住民というのはスポンサーというような位置づけになります。ですから、例えば病院の取り組み方について住民からの意見を直接吸い上げるとか、あるいは住民からの評価を受けるような仕組みを考えるとかなですね、何かそういった住民との関係を作り上げていくことで、自治体病院としての価値を再発見していくような道も求めていくべきなのではないかなと思います。

第2問は、「地域医療構想への自治体病院ならではの関与は何か？」ということですが、公立病院は知事が命令権を発動できる医療機関ですので、やはり色んなことをやらなければいけない立場にならうかと思えます。その結果、不採算部門や福祉部門等の受け皿に使われてしまうということもあり得ますが、自治体病院は、元来、政策医療の担い手でもありますし、これまでのノウハウの蓄積もありますので、他の病院に比べてポテンシャルが高いというふうにも思えます。特に、事業管理者は首長から権限を委譲されており、邊見会長が言われたように、日頃から医療政策にも関与しているわけですから、そういった意味でむしろ積極的な担い手となって関わっていくべきではないかというふうに思っています。また、この場合、最下段に書いてありますけど、例えば院内に市民、県民が参加する評価委員会みたいなものを組織して、院内の取り組みに民意という裏付けを与えるというようなことを考えてもいいかもしれません。

ただ、この地域医療構想を円滑に進めるには、一定の条件をクリアする必要があります。先ず自治体病院側としては、関係機関との意見調整は無論のこと、入退院調整ルートを確認するとか、どれぐらいの不採算部門が受け入れ可能かということをお明らかにしておかなければなりません。もう一つは、医師の派遣元ですね、大学等々ですけれども、そういったところが構想と関係なしに人を配置してくるようなことだと、動くものも動かなくなります。ですから、構想をきちんと理解した上で、上手に医師を配置することも条件の一つにならうかと思えます。最後は都道府県の責務ですが、構想を書くのは簡単です。作文ですから。だけど実際動かすととなかなか大変です。私は書いただけ、あとは市町村が適当にやってくれでは困るので、地域の医療機関とか医師会とか大学とか住民も含めてですけど、そうした人々との連携、教育、指導、あるいは合意形成、そういったものに力を注いで頂かなければなりません。

頂いた第3問は、「今後の自治体病院はどのように存在すべきか」ということですが、国がらみの病院は既に地域医療の旗を降しており、政策医療等に特化するということで、国立病院も社保病院も労災病院も独法にしました。ところが、地域医療の担い手としての自治体病院は、それぞれの地域の状況を反映するかのようになり、一適、全適、独法、指定管理者とその経営形態が様々です。規模についても大学病院から診療所まで色々ですので、診療機能や施設の整備内容の一つ一つに共通の基盤を敷くということがきわめて難しい。ただ、なぜこれ程多様な施設が全国津々浦々

**地域医療構想に
自治体病院ならではの関与は何か？**

- 知事が命令権を発動できる医療機関(＝公立施設)
 - ・行政部局と目線を合わせた活動が容易(特に全適病院)
 - ・保健活動や在宅ケアを含めた広汎な連携が可能
 - ・不採算部門、福祉部門等の受け皿
- 元来、政策医療の担い手であり、多様な対応が可能
 - ・自院の診療実績に基づいた構想の深化と具体化
 - ・専門的人材の活用
- 住民の税によって運営する医療機関
 - ・構想の実施はスポンサー(住民)への便宜の提供
 - ・院内に市民、県民が参加する評価委員会の設置も可能

**自治体病院が地域医療構想に関与する際の
必須の三要件**

- 自治体病院の責務
 - ・連携医療機関、関連医療機関との調整
 - ・入退院調整ルートの確立
 - ・受入可能な不採算部門、福祉部門等の分担
- 大学(医師派遣機関)の責務
 - ・地域医療構想への理解(医局毎に温度差あり)
 - ・地域医療構想に合致した人材の派遣
- 都道府県(行政)の責務
 - ・構想策定で「我がこと成れり」としない
 - ・大学、地域医療機関、医師会等との恒常的調整

**今後の自治体病院は
どのように存在すべき？**

- 国に関連する病院は全て独法化(財投から切り離し)
 - ・国立病院、社保病院、労災病院等
- 自治体病院は一適、全適、独法、指定管理者と多様
 - ・全国津々浦々に展開する郵便局と類似(日本型システム)
 - ・背景や内部事情は様々だが過剰部分の統廃合は不可避
 - ・類型化やネットワーク化により、存在価値を創造すべき
- Key word は住民を守る医療機関としての存在
 - ・公共の利益(＝激変する医療政策の担い手)を前面に
 - ・地域医療構想の主力、safety netとしての価値の創造
 - ・地域連携、在宅、介護等の総合的取り組み

まで出来ていったのかを考えてみますと、これはやはり日本型システムの縮図のようなもので、ある意味で郵便局に非常に類似しているのではないかと思います。郵便局は現在株式会社ですが、職員の中には公務員、つまり公益を守る立場の人も置いています。また、都市部では宅配業者に押されながらも、過疎地までカバーしていることでその存在理由が支持されるという構図にもなっています。つまり、経営形態が様々であっても、そこに公益を確保する為の共通理念がしっかりしていれば、組織としての目的が果たされ、存在価値というのが出てくるということなのではないかと思います。ただ、現時点で自治体病院の伸に過剰部分があることは間違いない。従って、統廃合は絶対不可避だと思いますし、類型化やネットワーク化、あるいは先程あじさいネットワークのお話しもありましたけど、情報ネットワークの整備によって、入退院の調整を自動的、広域的にサポート出来るようにするとかですね、そういった進歩を取り込むことによって、質的にどんどん向上していくことが必要だろうと思っています。

そういった質的な向上が図られれば、自治体病院を無くしてしまおうという話には決してならないと思います。なぜならば、その存在が住民を守ることを第一義としているからであり、公共の利益というのはどんな為政者も必ず担保していかなければいけないからです。そういった意味で言えば、例えばそもそもの存在理由である住民がいなくなるとか、住民が愛想を尽かすとか、そういうことでもない限り自治体病院は存続するだろうと私は考えています。

全国病院事業管理者協議会 名誉会長 矢野 右人

「自治体病院とは」というのは、お聞きになってお分かりになったでしょうが、なかなか難しくてわからないんですよ。

医療は公定価格でありまして、すべて医療は公的なものであると言いますと、そういう公的なものの中で自治体病院がどうあるかということ、これは私が思っていることでございますけれど、自治体病院に限られた、この「限られた」が大事でございます、限られた地域住民に普遍的な医療を提供し「地域の医療を守る病院」である、とカッコよく言っていますけど、地域住民に最低医療は必ず提供し、日本のいたるところで、地域の医療を守る病院がある。それが自治体病院と思います。

特に今回の大テーマは「小病院関連」ですから、どうしても中型病院の議論はいろいろこの中からあると思いますけれども、小規模病院に視点がいくと思っております。それから、自治体病院は他の組織が敬遠する政策医療といいますか、結核、伝染病、それから特殊精神病等を担当する。これも明々白々でございます。しかし、政策医療とは何か、政策医療で昔から言われている自治体病院は災害医療と言われるのですが、熊本の地震、それから東北、阪神の大震災、翌日にはDMATが全国より集合しています。三日も経てば、命を助けるDMATよりも精神的なケアをどうするかというところに一変します。それも自治体が命令しなくても日本の医療はそれをカバーしてしまっています。

したがって、「公的に、我々は政策医療を守っているのだ」というところから外れてきています。ただそこには、非常な不採算を伴う結核をどうするかというところは県単位で、どうしてもこの政策というのは守らなきゃいけないところの結核病棟でやられていると思います。それと一部の伝染病です。私、今まで経験した中で一番びっくりしたのは一件だけで、SARS問題です。長崎県に17の公的病院、院長を集めて議論しました。あの時、真剣にSARSが来る、じゃあSARSを受けるところはどこにあるかって、公的病院でもわずか一か所が「仕方ないやらなきゃ」と！

他のところはみんな一般患者が影響するからダメですダメですと。その印象というのがものすごく残っています。

自治体病院とは？

医療は公定価格でありすべての医療は公的である

自治体病院は限られた地域住民に普遍的医療を提供し、地域の医療を守る病院である

自治体病院は他の組織が敬遠する政策医療、結核、伝染病、特殊精神医療等を担当する

自治体病院は不採算医療として行政、住民、医療提供者がともに認容できる病院でなければならない

自治体病院は公務員が担当すべきである

その最終的なものを守るということに対しては、やっぱりこれは自治体病院でやらなければいけないというふうに思っています。公務員の職務命令下に置くことです。特殊精神医療、医療観察法病棟、これは公務員がやると決められています。

邊見会長が言われました、公的なものをいろいろ民間がやっているからということになってくるわけですが、同じ自治体病院とはいえ地方公務員型の病院と独立行政法人型病院では理念が全く異なります。これは指定管理者型病院も同じです。

自治体病院の中にいくつも根本理念が異なる団体があることは運営や改革に大きなさしさわりが出ます。

総括してみますと、明確な文でないかもしれませんが、自治体病院は不採算医療である、不採算医療であることを行政、住民、医療提供者がともに認容できる病院にならなければいけない。私は、これは最低の定義だというふうに思っています。

行政も金がかかるのは当然ですよ、と納得しなきゃいけない。住民も金がかかっても本当に信頼関係ができる、あそこはいつでも医師がちゃんと守ってくれるということになります。それから医療提供者というのは、他の健保病院とか日赤病院とか、やはり自治体病院というのは不採算医療をちゃんとこれだけやってくれるということを認容してくれる、不採算医療を認容できる病院にならなければいけないということになってきます。

自治体病院は、公務員として職務命令、事業者でいいますと業務命令ですけど、公務員は職務命令を命令の最終的な手段として守っていかなくちゃいけない。まさに皆さん事業管理者の中で今職務命令と業務命令との違いはこれでこうだということ、職員に教育してらっしゃるか。ほとんどいらっしゃらないほど、この差がなくなっている。しかし、そこを守りきるというのが自治体病院の使命じゃないかというふうに思っています。

では、地域医療構想に対してどう対応するか。

これは冒頭でも申し上げましたように、自治体病院の理念に従って、今の理念の中で限定された地域の普遍的な医療と政策医療を守ることに尽きると思っています。大都会は別でございます、二次医療圏に一か所は自治体病院の地域中核病院の機能を持たせるということ、そして地域中核病院の以外の自治体病院のすべての人事、医療レベルを共有して、地域医療の統括者をそこに置くということじゃないと絵に描いた餅になりかねないので、こういうところの権限がやっぱりしっかりできてくるような、そしてそれが認められるような医療制度の構築が必須と思います。

今後の自治体病院の在り方ということでございます。

自治体病院は住民の信頼とか、医療とか、継続性などで利点が非常にあります。あそこは公的だから悪いことしないぞと思っています。しかしその反面、古い行政区域で病院がたくさんできています。長崎県も同じです。例えば、小さな離島の上五島町というところ昔4町あったのが今は1町に合併されました。昔の4町がそれぞれ皆さん「おらが町のおらが病院」をつくっていました。いったん作ったらその間はわずか車で10分と言っても、絶対に手放そうとしないところがございまして。大変苦勞して一病院に統合しました。公的機関のマンネリ化、人件費の高さ、こういう無駄をいかに外して、先ほど申し上げました不採算医療を認容してくれるというところを持っていかなくちゃいけないと思います。

それから総医療費が膨大化する中で、自治体病院の存続と、効率よく医療レベルを改善していくことの早急な改革は絶対に必要になってくると思います。それは早くやらないといけません。そうしないと自治体病院は何をしているんだと言われるようなことに追い込まれかねません。

次に全国の自治体病院の中で188病院、22.4%が常勤医師5人以内の病院です。また103病院、12.3%の病院が常勤医師が3人以内であります。我々の病院規模からみても全国病院事業管理者協

自治体病院の地域医療構想対応

- 1 自治体病院の理念に従い限定された地域の普遍的医療と政策医療を守る
- 2 二次医療圏に一か所の自治体病院に地域中核病院の機能を持たせる
- 3 地域中核病院は他の自治体病院と人事、医療レベルを共有し、地域の医療統括する

議会の中で150床以下の病院が一番多いということを是非皆さん心に留めておいてください。小規模病院、常勤医師3名以内で法律にのっとった運営ができるのでしょうか？法的に、24時間1分だって医師が空になることは許されないわけです。これを3名でちゃんと守っていけるか。3日に1回当直をします。1年間通すと47日、土日が休日出勤が必要です。こういうところに医者が集まるのでしょうか。良い医者が集まるのでしょうか。良い医療ができるのでしょうか。医療レベルを維持するためにも、こういう実態をどうするか。非常勤がたくさん来たなら果たしてその非常勤の中で責任体制、医療レベルはどうなるのでしょうか、医療レベルの維持が困難になってまいります。したがって、そういう188病院のようなところは診療所化、あるいは病院統合、民営化ということが早急に必要になってまいります。

4番目は改革に最も必要なことは何かというと、「おらが町のおらが病院」の感覚は捨てねばなりません。改革にはなりません。ここは県、あるいは二次医療圏を単位としまして、その単位の中で継続性のある医療統括者がちゃんと設置されなければいけないと私は思っています。これは行政の2年単位に部長さんが変わって考え方が変わってマンネリ化するのではなく、医療統括者がちゃんと統括していけるようなシステムが必要じゃないだろうかと思えます。

5番は、自治体病院が全体規模を縮小しなければなりません。これは先ほど言いました統廃合、そして診療所化、でございます。そして、すべて県と市町で、病院設置者権限と経営権限を同時に、両方とも持てるような統括者いわゆる企業長、企業団組織が最適と考えます。

自治体病院は、改革が必要になってくると思えますが、この件については明日のディスカッションの中でまたお話をしたいと思えます。

今後の自治体病院の在り方

- 1 自治体病院は住民の信頼、医療の継続性など利点がある反面古い行政区域で病院が設置され、公的機関のマンネリ化、人件費の高さなど無駄が多い
- 2 総医療費が膨大する中、自治体病院存続と効率よく医療レベルを守るためには早急な改革が必要
- 3 自治体病院の188病院(22.4%)は常勤医師5名以内、103病院(12.3%)は常勤医師3名以内であり医師確保、医療レベルの維持が困難である。診療所化、病院統合、民営化などが必要
- 4 改革に最も必要な点は県単位に継続性ある医療統括者を設置すること
- 5 自治体病院は全体規模を縮小し、全て県と市町で、病院設置権と経営権を備え持つ病院企業長を設置する

ディスカッション

(矢野先生)

邊見先生にお聞きします。先生は全体図を見ていらっしゃるから、お話の中で高邁なお話をされたわけでございますけれども、先生の最初のスライドの中の、The Hospital By the For the of the Hospital of the communityと言われました。あそこにはどこにmunicipal(自治体の)というのが入ってくるのでしょうか。あるいは、例えば日赤がそこにあってそういうことをする、先生の高邁な考え方からそういうことに関係なく、そこに病院があればという主旨は理解したんですけど、今日のテーマのような「自治体病院とは？」というところになりますと、あるいは何も自治体病院でなくても、そういうことができるんじゃないだろうかと思えますが如何でしょうか？

(邊見先生)

一番近いのはJA厚生連じゃないかと思うんです。大都市に少なく、中小病院が多くて、今の政府からは見放されかけている、これは自治体病院と農協。だからTPPに反対している全農・全中をつぶそうという今の政府の動き、あるいは民にできることは民にという小泉内閣以来の医療政策、安倍さんも横倉さんとはうまくいっているように見えますけれども、実際は医療というのはどちらかというと経済発展には足枷になると思っている官邸の考えはまったく変わらないと思えますね。

だから、私はコミュニティというのに自治体だけではなくてJA厚生連が入ってもいいと思えます。ただ、日赤、済生会はですね、最近、中央集権が非常に強くて政策医療とか不採算医療を切り捨てようとしています。済生会も、済生というものはどこへ行ったのだろうという感じの医療をやっているように思えますので、まったく我々とは距離が出てきているのではないかと。日赤もそれに近くなってきているように思えます。このコミュニティという中には、やっぱり自治体病院コミュニティというのは、自治体病院と思ってもらっていいと思えます。

(矢野先生)

その場合、済生会とか日赤というのは規模が比較的大きいのが多いものですから。医師会単位でコミュニティに溶け込んでいるというのは結構あるんですね。じゃあそういうところと自治体病院と比べて、ちゃんと交付金もらえるところとももらわないところが出てくるというところ、不採算ですから了解しました、と言えるようなところをどういうふうに主張されると思いますか。

(邊見先生)

民間病院とはかなり違うと思うんですね。民間はどうしても、経営といいますか、損得で動きます。これは、審査に行きますと民間病院と自治体病院は、病院名をシールしていてもすぐわかります。だから無駄なとか金儲けの医療をやっているのは間違いありません。我々はそういうふうな市民に迷惑をかけるような過剰な医療というのはほとんどしてないですね。私の勤務地は兵庫県ですけども、自治体病院は宝塚的ですね、清く正しく美しく、これでいってるんです。だから経営も少し悪くなる可能性はあるんです。清く正しく薄汚く、ぐらいにやっていただきたいなと私は思っているんですけど。

(矢野先生)

私は、決して自治体病院でなくていいと言っているわけではなくて、自治体病院でなければならぬ、その理論根拠はどうかということをお聞きしたいわけです。

そこで、コミュニティというお話しなんですよ。コミュニティということが病院で違いすぎるわけなんですね。東京の大規模のコミュニティと、長崎県にある離島、1万数千人、二次医療圏のコミュニティでしたら、院長は住民一人一人の顔を覚えているくらい。そういうコミュニティの中の動き方は非常に難しい。このコミュニティの中で先生おっしゃるようなのが、これはもうほとんど絵に描いたような中規模かそれ以下ぐらいのところをターゲットにされているんですね。その大中小というのはどのようにお考えでしょう。

(邊見先生)

がんはローカルセンターみたいなもの、政令都市あるいは県庁所在地はそういうふうな高度急性期を狙うようにして地域のローカルセンターになってほしい。さらに、私は今度の第二次公立病院改革ガイドラインにありますように、そういうところはその地域に医師とか職員の研修とか派遣をするようなですね、その地域の医療を統括するというスライドがありましたね、ああいうようなことをやらないと大病院の値打ちがないですね。大都市の大病院というのは大都市の民間病院と変わらないことになりますから、やっぱり地域の医療のレベルを上げるようなことをしないと、そういうところはあまり努力しなくても患者いっぱい来ますから経営はそんなに困らないわけです。だからその地域の医療レベルを上げる、他の病院に資するように活動をしていただかないといけないと思います。

(矢野先生)

吉田先生が最初に言ってらした、公益性についてというところなんですが、自治体病院の公益性というのはちょっと難しいところがあるんですけど、自治体病院の公益性と非自治体病院の公益性というところについて、もう少しお話しただけででしょうか。

(吉田先生)

難しいご質問ですけど、自治体病院は先生方も言われているように多種多様ですので、公益性についても、例えば大都会だと公益性はかなり薄まってくる可能性もありますね。自治体病院以外にもいろいろな病院がありますから。一方、田舎に行くと自治体病院が主力を担わざるを得ない。そういうところであれば、住民第一で頑張れますので大いに公益性が発揮されるという場面が少なくないと思います。

ただ、公益性を追求するにしても、採算が取れる事業であれば民間も参入してきますので、自

自治体病院ならではの長所はということになれば、やはり他でやれないもの、不採算部門というものをやるという姿に基本的にはなっていくだろうと思います。そういったものを積極的に取り上げて、むしろそういったもののクオリティーを守っていくことが自治体病院の評価を上げていくということに繋がっていくのではないかと考えています。

(矢野先生)

もう一つ、日本式郵便局でというふうに先生おっしゃたんですね、ただ郵便局は郵便と郵貯と簡保の三社に分かれていても民間の企業の一つの団体の中で、会社のそれこそ業務命令の中でちゃんと統括的業務が進んでいくという、命令系統があるわけです。ところが地域では、自治体病院は、例えば一適、全適、それから独法があり、さらに公設民営まで出てきますと、命令系統、理念とか地域運営が非常に難しくなっています。それはどんなふうにお考えですか。

(吉田先生)

そのとおりで、私も全国津々浦々に展開する郵便局と同じだという話をさせていただきましたが、郵便局については、政治的な思惑や利権とも絡んで、あれだけいろんな種類の郵便局を作ってしまったということが、自治体病院の状況と一脈通じることがありますが、いずれにせよ、中央郵便局から末端の郵便局に至るまでいろんな問題を抱えていました。だけど、それを株式会社化してガバナンスを強めてある程度効率化が図られて、合理化が図られて、それなりに動けるような体制になっていったということがあります。

ただし、自治体病院は1社ではくくれないのでそれほど簡単だとは思いませんが、私としては、彼らの考え方を勉強してみる価値はあるのではないかと考えています。日本だけでなく、オーストラリアでも公社方式にして良くなったというような例もあります。地域の末端に至るまでサービスしなければ許して貰えないというところは、たぶん日本の社会風土にも良くマッチしているのでしょうか、郵便局で貯金も手紙も預かりますという姿は、いわゆる過疎地の診療所や病院の姿に通ずるように私には見えましたし、そういった日本型システムの近代化という課題と一脈通じるものがありそうだということで、例示させていただきました。つまり改革や合理化が必須であるということですから、統廃合は不可避でありますし、ネットワーク化も不可避であります。そういった体質改善をしなければ、もうこれからの自治体病院は生きていけないというか、生き伸びたとしても意味がない組織になるのではないかとこのように思います。

(吉田先生)

ところで、邊見先生が書かれた健院、プレホスピタルケアは元気な老人達を想定しているのですか。

(邊見先生)

フレイル予防とかですね、それから私の考えは、小中学生の修学旅行は病院へ、って言うんです。いっぺんに一学年全員病院へ来てもらってははいませんが、例えば京都や奈良へ15歳、18歳の中学生や高校生が寺社仏閣へ行っていますよね。人生80年時代に60年早いんじゃないかと、そんな15、18歳の人が寺社仏閣へ行くよりも、お釈迦様の四苦八苦全部病院にあるわけです。生病老死それから玉の汗をかいて陣痛で赤ちゃんを産んでる姿を見せると、中学生とかははじめ自殺はなくなるだろうと。あんなに苦労して僕を産んでくれたんだと思うと命の大切さがわかる。年寄りとか近所のおじいちゃんおばあちゃんがりハビリー生懸命やっているのを見たら、やっぱりお年寄りには大事にせにゃいかんあとかわかるわけです。臨終の場面も見せてもいいと思うんです。私も子供の時に牛飼っていたり、鶏飼っていたり、うさぎ飼っていたりしましたがけれども、命が失うというのはつらいなあという、命の大切さとかですね。保健の授業もそうです。歯磨きの仕方はですね、ちゃんと教えていたら私みたいに歯周病にならなかったんです。私なんか歯を磨くっていったら歯を磨いていたんです。実際は歯ぐき磨きでしょう。ちゃんと教えていないわけですよ。だから歯周病になってしまったわけです。だから、ちゃんとした健康教育をやれば医

療費も下がるし、もっと良い国になって人口も増えていくような気がするわけです。

(吉田先生)

ということは、診療行為は診療行為としてあるけれども、その診療行為に派生する色々な事象を通じて、教育的なプログラムに住民を参加させたり、住民との距離を縮めたりするというようなことですか。

(邊見先生)

これはもう自治体病院しかできない

(邊見先生)

全自病の常務理事をしていた昔自治医大の外科の教授していた、今の自治医大の学長のお兄さんが茨城県立中央病院長をしていたんですけれど、その先生は茨城県の高校にずっと行ってですね、教育委員会と契約して健康教育あるいは保健制度等々全部教えていた。私は、こういうことは自治体病院のドクター、特に院長先生とか、大所高所がわかる人は行っていただきたい。

(吉田先生)

講演で述べさせて頂きましたが、私も、地域住民とのコミュニケーションは自治体病院の今後の方向性として重視すべき課題と思っています。具体的にとなると難しい部分も少なくありませんが…。

矢野先生に質問ですけど、公立病院というのは設置しなければならないという根拠法律はないですね。知事なり市町村長が必要だと考えて設置するわけですね。しかし、私としてはもう少し迫力のある理由が欲しいのです。例えば、公益を守るため公務員の身分を保障せよとか言っても、それを言い過ぎると、そんなこと言うなら君たちはいらぬ、という話に切り替わる危険性もあるのではないかと思ったりもするのですが、その辺の我々の立場はどれぐらい強いというふうに感じておられますか。

(矢野先生)

先ほどのコミュニティと関連してくるわけですが、二次医療圏の中で県庁所在地に自治体病院は必要ないと思っています。どこでも競合病院があるからです。もし存在が必要とすればそれは二次医療圏全体の自治体病院の中核病院機能を果たす病院です。

典型で申し上げますと人口2万人の離島に病院がなければ人は住めない、行政は破綻する、自治体は公務員型病院を必須とします。これが自治体病院の原点、公務員しか責任をとれません。長崎県には開業医も、他の組織の病院もなく自治体病院しかない地域がたくさんありました。学校と同様なんです。長崎県には一年生から六年生までの生徒数が1人から3人、という小学校4つほどあり経営を続けています。医療ではレベルの問題、経費の問題よりそれはできません。

そこで邊見先生のスライドですけど、「どこでもお産ができるような」というところがありました。しかしお産はリスクをものすごく伴うわけです。私が管理していた二次医療圏の一つで、年間出産数が50件ほどありましたがついに過疎で20件を切りました。これでは医師の経験、教育から考えても派遣は無理です。自治体病院の将来の姿、また限界だと思っています。

(吉田先生)

県庁所在地には自治体病院は要らないとおっしゃいましたが、自治体病院には医療の質を担保していくという方向性もあるわけで、このため、行政側としては県内の病院の目標となるような病院を作りたいとか、こういった診療機能を充実してほしいというような思いもあります。

実は、私が青森の管理者に誘われた時、「青森県民が東京まで行かなくて済むような病院をつくってくれ」というのが知事の一言でした。設置者側としては、地域のことは地域で解決できるようにしたいでしょうし、自前でできるだけの機能強化を考えたいと思うのは、ある意味当然とも言えま

す。最たるものは県立静岡がんセンターで、本当に素晴らしい病院です。ああいう病院が世の中に存在するというだけでも、本当に腰を抜かすくらいびっくりします。でも、ああいった施設が自治体病院として門戸を開いていれば、静岡の人達はあそこが当たり前というふうに思うでしょうし、そのことが、地域の医療水準の底上げにもなるでしょうし、付随するいろんな医療システムも勉強できるだろうし、ということにも繋がります。そういった意味で、開設者なりなんなりが自分たちの理想を実現するために、公立病院というのをモデルに使うということは、今後も大いにありうると思われれます。ですから赤字だ黒字だというような議論ばかりでなく、地域医療のモデルとしての自治体病院ということも大きな役割の一つと言えるのではないかと考えています。

(邊見先生)

吉田先生のところでは全部弘前大学が握っていて、かなり医療が停滞していたんです。青森県立中央病院は経営も悪かったし、医療レベルもですねひどかったんです。三村知事が吉田先生を抜擢して、見事に経営も良くなったし、医療レベルも、がんの予防まで一生懸命やりましたですね、非常に良くなったんです。だからそれと同じようなことを和歌山日赤というのがありますが、これがそうなんです。和歌山医大の二流になったらいけないというので、京都大学から優秀な医師を送って、競争させているんですね。両方とも管理者は県立医大と県の日赤ですから両方知事です。開設者が。ところが第二和歌山医大にさせないためにですね、違う大学から行かせて競争させているわけです。そういうふうな意味で、県庁所在地の病院のレベルというのは、大学が鼻高になって唯我独尊にならないためにというふうに思います。

(矢野先生)

私の言葉が足りませんでした。自治体病院の中核機能を有する病院は二次医療圏に一か所は必要で、これが県庁所在地に存在することも必要と考えています。

(吉田先生)

今後の診療報酬改定の方角を見ますと、急性期の患者さんについては早めに退院させなければ点数になりませんので、受け皿を探して回復期の病院へ送る。回復期の病院からは慢性期の病院へ送るか、在宅診療にするかの選択になるわけですが、要するに病院群全体でもって一人の患者さんを診ていく方向を推奨しているように見えます。特に急性期に関しては、平均在院日数の基準がどんどん短くなっていく可能性が非常に高い。そうすると否が応でも患者さんを手放さなきゃいけない。私の聞いた話だと、北海道とかでは大きな医療法人がグループ化を先取りしているようなところもあるようです。

そんな世の中の状況ですが、矢野先生のところの企業団だと、機能別の取り組み以外に、経営の難しい病院があっても、しっかり稼げる病院と一緒にすることによって全体として延命していけるような格好にしていくとかですね、そういった色々な工夫ができそうに思うのですが、今後の医療体制を見越した上で、企業団のような組織を上手に使う方法というものが何かありますか、いかがでしょうか。

(矢野先生)

この病院事業管理者協議会では、もう15年になりますけど、常に首長の権限とそれから管理者の権限が問題になってきました。たとえ自分が選挙に勝つためでも、病院を設置するのは首長です。首長には病院を設置する理念が強くあるわけです。病院企業長は、それは設置と経営を両方任されている。だからこの軋轢はほとんどなくなります。

現時点で本協議会に17名の企業長がいらっしゃいます、しかし県全域で組織化しているのは長崎県だけです。県と各市すべての自治体病院が企業団形成することにより県全域の病院配置が適切にできます。そこに1人病院企業長を置いて、すべての権限がそこに集中する。今新聞で話題の厚労省がいう医療総監ですか、そういう方が県の中で統括するのが一番現実的に近い企業長です。

(吉田先生)

そうすると先ほどの郵便局の例え話ですけど、末端で人のあまりいないところの郵便局と、大きな郵便局とをですね、企業団のような形で組んでヒトやモノをまわるように経営をしていく、あるいは負担金を出していくとかですね、そういうことをして、過疎の地域から医療の灯を消さないようにするという発想は有りかもしれませんね。

(矢野先生)

私は、すべての地方公務員、自治体病院は企業団にできないだろうかという夢を抱いています。そしたらですね、47都道府県で決められるわけです。47都道府県の中の病院の自治体病院の長が県と一緒に決められるわけです。

冒頭に申し上げました、20年前は自治体病院の定義に何の問題もないと申し上げたのは病院の公共性や機能でなく自治体病院は全て一適で全員地方公務員であったということです。良い意味でも悪い意味でも同じく公務員改革の一線に並ぶことができたわけです。今では、独立法人は全て一病院ずつの理念があり、公設民営もそれぞれの生き方がある。自治体病院統一の理念で改革や運営方針を実行することが不可能になってきたことを指摘したわけです。これからますます自治体病院の在り方が問題になってきます。

今日の議論をお聞きになって、ますます「自治体病院とは」がお分かりにならなかったのではないかと思います。明日もこの議論と関係したテーマです。ぜひ皆さまももう一度原点に戻って自治体病院の定義をお考えいただければ幸甚です。

これで鼎談を閉めさせていただきます。ありがとうございました。

平成29年度の主な行事日程について

全国病院事業管理者協議会の平成29年度の主な行事について、日程及び開催場所が決定しましたのでお知らせいたします。

開催テーマや講演等のプログラムの詳細につきましては、決定し次第、会員の皆様に個別にお知らせする外、ホームページにても周知致しますので、多数の御参加をお願いいたします。

平成29年度病院事業管理者研修会

開催日時：平成29年5月27日(土曜日) 10時～17時

開催場所：「都道府県会館」東京都千代田区平河町2-6-3

第16回全国病院事業管理者・事務責任者会議

開催日時：平成30年1月18日(木曜日) 13時～17時

平成30年1月19日(金曜日) 9時～12時30分

開催場所：「ANAクラウンプラザホテル沖縄ハーバービュー」

沖縄県那覇市泉崎2-46