

自治体病院だからこそ、変わる

徳島県病院事業管理者・坂出市立病院名誉院長
塩谷 泰一

全国の地方自治体病院は、深刻化する勤務医不足と赤字経営によって、その存立基盤は激しく揺さぶられ、結果として、地域医療は崩壊の危機に瀕している。一方、「医療の質と透明性、そして効率性」という時代の要請は、病院やそこで働く職員に意識の覚醒と行動の変革を迫っている。自治体病院とて例外ではなく、古典的な価値観や旧態依然とした日常性に埋没しては、住民の期待に応えることはできない。

これらの問題を早急に解消し、地域医療の確保と病院経営の健全化を図るためには、いま一度、原点に戻って、自治体病院のあり方を問い直す以外に方策はない。つまり、自らの足下をしっかりと見つめ直し、「行政の一機関としての自治体病院」の存在意義と「税の投入」に対するレスポンスビリティを、考えつづけることである。

本稿では、自治体病院が抱える構造的かつ精神的問題の本質を解説し、今後の方向性について述べてみる。

なぜ、いま、自治体病院バッシングか

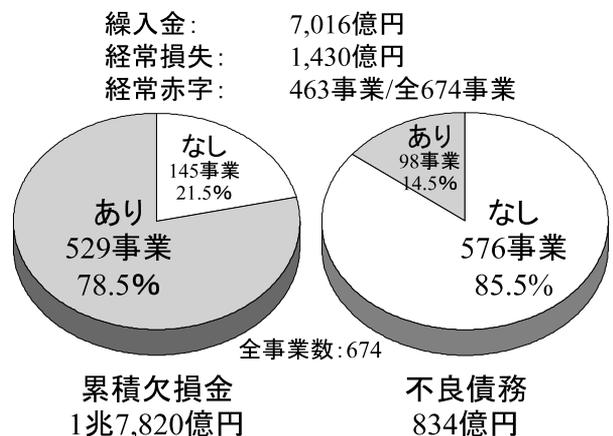
「税が投入されている自治体病院の医療と、税を払いながらの民間病院のそのの、どこがどう違うのか」に端を発した、自治体病院に対する逆風が吹いている。

本来、一般財源からの自治体病院への繰り入れは、決して赤字の埋め合わせではなく、地域の医療の公的部分を担うためのものである。しかし、総務省が発表した平成17年度地方公営企業決算概況によれ

ば、全国約1,000の自治体病院では合計7,016億円の繰入金が入りながらも、1,430億円の経常損失が生じている。つまり、自治体病院の責務である政策医療としての高度・先進・小児・救急・へき地医療などを遂行するために、年間約8,400億円の税金を費やしていることになるのである。

経常収支では、全674事業のうち68.7%の463事業の病院が赤字決算となっている。しかも、平成17年度末での累積欠損金の総額は、前年度からさらに994億円も増加した1兆7,820億円。そして、全事業の78.5%である529事業が累積欠損金を有している。さらには、一般企業であれば倒産を余儀なくされる不良債務にしても、その総額は前年度に比べて73億円増加した834億円に膨らんでおり、全体の14.5%の98事業が存続の危機に瀕しているのである（図1）。

図1 平成17年度全国自治体病院決算概況



このような経済的損失と提供している政策医療の中味の妥当性に、各方面から一斉に「税金のムダ遣いだ!」と非難を浴びせられているのである。

言うまでもなく、繰入金の財源は税金であり、基本的には、公共性としての「住民の期待に応えうる医療を提供しているか」が問われるべきである。

この観点からすれば、累積欠損金約1兆7,820億円のうち大半は、地域にとって欠かすことのできない不採算医療を担っているがための、いわば“胸を張れる赤字”と言え、住民の理解が得られよう。しかし一方で、巨額な欠損金の少なからぬ部分が、病院の経営努力が不足したために生じたものであることは、坂出市立病院や徳島県立3病院の過去を振り返れば明らかである。坂出市立病院では自治体病院としての“意識を覚醒”させることにより、13年連続の医業収支黒字決算を堅持し(図2)、約25億円の不良債務は7年間で解消。徳島県立3病院でも地方公営企業法を全部適用した平成17年度の経常収支は、対前年度に比べて実に約18億2千万円も改善したからである(図3)。

図2 坂出市立病院の医業収支

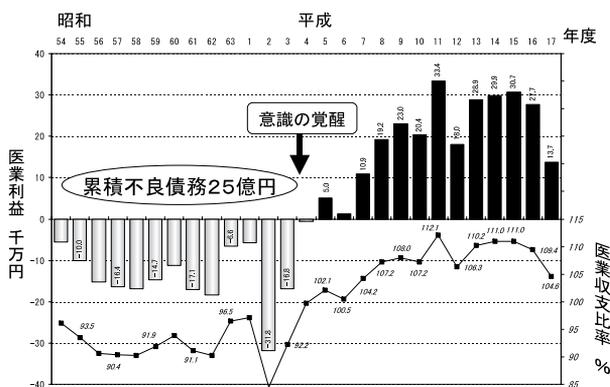
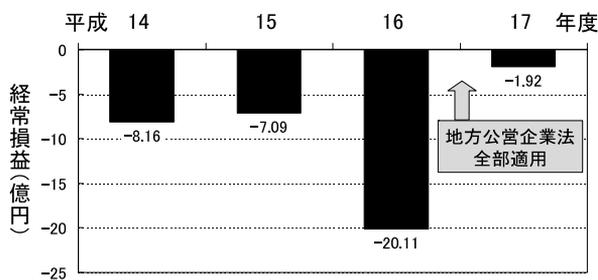


図3 徳島県立3病院の経常収支



全国の自治体病院の経営努力によって回収されるはずの数千億円を、子供たちのための校舎の耐震化や建て替え、図書館・公園の整備、道路の改修、駅前再開発、あるいは下水道の整備など、さまざま

な社会資本整備に投入すれば、地域がより豊かになることは明らかである。

つまり、自治体病院に対するバッシングは、決して不採算医療の妥当性ではなく、やって当たり前の自助努力の不足分に向けられたものと言え、我われはそれを謙虚に受け止め、“胸を張れない赤字”の解消に努めなければならない。

議論の大前提が「赤字問題」でいいのか

赤字経営に苦しむ自治体病院を運営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る。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、「無制限にカネは出せない!」、「ムダが多すぎる!」、「社会が許容できる範囲内の病院運営を!」、「すべてが公設公営である必要はない!」、「官から民へは時代の流れだ!」、「政策医療を担いうる民間病院もある!」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る。その結果、いとも簡単に、自治体病院の“民間委譲”や“公設民営化”が決定されている例が少ないのである。

たしかに、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らないし、政策的に必要な医療機能は、地域の医療環境により異なり、また、時代とともに変化するものであり、それらの状況に応じた医療機能の明確化が常に求められている。

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、少なくとも筆者が知る限り存在しない。つまり、財政が硬直化している行政や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しない。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ある。

はたして、本当に、議論の大前提を、「赤字という経済性」においていいのだろうか。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い。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、“投入された資本が、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らない。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。

ただし、このような主張が、住民に共感をもって受け入れられるためには、自治体病院が、いままでの旧態依然とした病院運営を謙虚に反省し、積極的に改めていく努力が必要であることは言うまでもない。

たとえば、「無制限にカネは出せない！」という意見に対しては、繰入金のあり方を行政と病院とがともに真剣に考え直すこと。「ムダが多すぎる！」という批判に対しては、闇雲にムダを省こうとするのではなく、“省かなければならないムダ”と“決して省いてはならないムダ”とを明確に区別すること。「社会が許容できる範囲内での病院運営を！」という意見に対しては、赤字の実態を住民にわかりやすく説明すること。「政策医療を担いうる民間病院もある！」という意見に対しては、民間病院との違いを明確に提示すること。そのような知的作業をすることによって始めて、「議論の大前提が赤字ではダメだ！」と、強く反論できるのである。

地域特性を反映した繰入金を

自治体病院は、地方公営企業法第17条の2によって「独立採算の原則」を課せられてはいるものの、「その性質上、経営に伴う収入をもって充てることが適当ではない経費（1号経費）と、能率的な経営をおこなってもなお、その経営に伴う収入のみをもって充てることが客観的に困難であると認められる経

費（2号経費）」については、地方公共団体の一般会計又は特別会計において負担するという、“除外規定”が存在している。とはいうものの、財政力は地方自治体によって異なっており、また、それぞれにおける医療施策の位置づけには違いがみられ、さらには、病院が提供する医療も地域の医療事情もさまざまであることから、全国一律に繰り出しがおこなわれているわけではない。

一方、民間病院は、医療制度改革の嵐に翻弄されながらも、生き残りをかけて懸命に経営努力を重ねている。それゆえ、巨額な累積欠損金を抱える自治体病院が、制度上認められていることだといって、漫然とその経営損失の補填を繰入金に依存しているのは、社会的共感が得られるはずがない。大切なことは、繰入金のあり方を誰もが納得できるような形に見直すことである。そのためには、高度医療にいくらとか、救急医療にいくらとか、不採算医療にいくらとか、現在のような抽象的で画一的な繰り出し基準を、もっと具体的で柔軟性のあるものに改める必要がある。

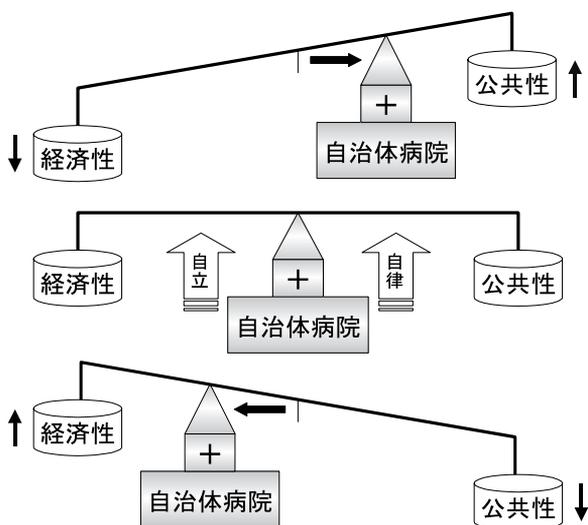
たとえば、徳島県の国保医療費地域差指数は1.205と、全国標準に比べて実に20.5%も高く、北海道に次いで第二位の高額医療費県である（平成15年度厚生労働省統計）。一方、人口千人対の死亡率10.3は全国第六位の高さであり、なかでも、糖尿病死亡率は13年連続で全国ワースト一位。心疾患・呼吸器疾患・肝疾患・腎不全の死亡率も、すべてワースト十位以内に入っている（平成16年度厚生労働省統計）。しかも、命に関わる疾患を有する患者の少なからぬ割合が、本四連絡橋を通過して近畿圏の病院で治療を受けているという現実がある。

そこで、「本年度は、県立病院に1億円を繰り入れるから、医療費地域差指数1.205を1.1台に是正する医療を推進しろ！」「2億円を補助するから、糖尿病死亡率を全国平均並みに改善するような体制整備に努めろ！」。そういった具体的な施策実現のための繰入金であるべきではなからうか。そのような、地域特性を反映した繰り入れをおこなってはじめて、地域全体の医療が最適化されるのであり、そこに税の投入の意義を見出すことができると言える。

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」が疎かになる。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。まさに、ここに“自治体病院のジレンマ”が存在するのである（図4）。

図4 自治体病院のジレンマ



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あろうか。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ない。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ある。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ある。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。

現在、盛んに議論され、かつ、すでに少なからぬ都道府県で実行に移されている病院経営形態の“地方公営企業法全部適用”・“地方独立行政法人化”・“PFI導入”・“広域化や統廃合”、あるいは“公設民営

化”や“指定管理者制度”にしても、実は、自治体病院の「自立と自律」を促すための方策なのである。

何のための全部適用か

自治体病院の経営体質を健全化する目的で、全国自治体病院協議会では、同開設者協議会と一体となって「経営改善委員会」を立ち上げた。そして、筆者もその一員として、平成15年5月に「自治体病院の経営改善策に関する報告書」を作成し、経営責任の明確化と院長への権限付与のために、地方公営企業法の『全部適用』を推進すべきであるとの提言をおこなった（図5）。

その結果、表1に示すように、平成18年4月現在、全国の999の自治体病院のうち、地方公営企業法を『全部適用』している病院は247にまで増加し、特に、都道府県単位では、その半数以上の24団体144病院

図5 自治体病院の経営改善策に関する報告書

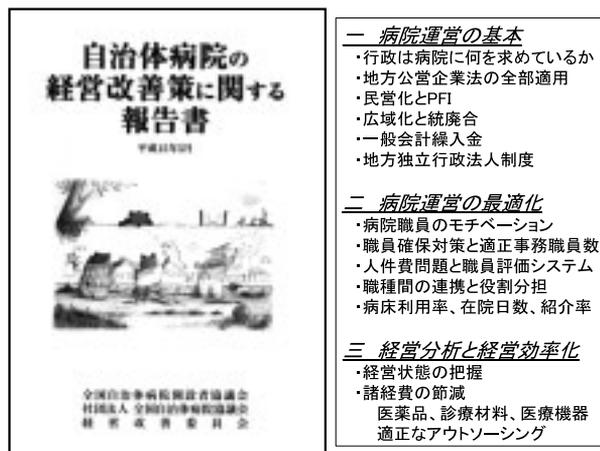


表1 自治体病院の経営形態

経営形態	病院数
地方公営企業法：一部適用	752
地方公営企業法：全部適用	247
地方独立行政法人	7
公務員型	5
非公務員型	2
公設民営(指定管理者制度)	38
PFI	4(2病院開院)
統合	4(1病院開院)
民間委譲	16

平成18年4月現在

(一般病院122、精神科病院20)が全部適用病院となっている。平成13年度のその病院総数が107、都道府県団体が9事業であったことを考えると、もはや、地方公営企業法の『全部適用』による自治体病院運営は、時代の趨勢と言えよう。

しかし、このような経営形態の変更が、単に、「赤字解消」という財政再建のためにのみ実施されるのであれば、いずれ、すべての自治体病院はその存在意義を失い、“地方独立行政法人化”や“指定管理者制度”などの経営形態を経由して、最終的には“民間委譲”に行き着くことは明らかである。

『全部適用』への移行は、病院事業の経営改善のためではなく、あくまでも、自治体病院に「自立と自律」を促しながら、税が投入されている病院に相応しい医療を提供するためのものである。それゆえ、『全部適用』を検討する以前に、「自治体病院の責務としての政策医療を、十二分に実施してきたのか否か」、「これからの社会のニーズや地域の特性に対応する政策医療とは、何なのか」、そして、「今までの経営実態の、どこに問題が存在しているのか」など、さまざまな観点から病院運営に関わることがらを検証することが求められるのである。

全部適用は、経営健全化の切り札ではない

たしかに、『全部適用』では、「組織・人事・定数・予算・給与・契約」等の広範な権限と、「任期4年以内に成果を生みださなければ、罷免されることもあり得る」という明確な経営責任をあわせもつ病院事業管理者を配置することによって、「一部適用」とは違う、独立性・弾力性・迅速性・企業性に富んだ病院運営が可能となるはずではある。

しかし、『全部適用』であっても、一般会計からの繰り入れがなされることから、組織の独立性は確保できても、経営の独立性には甘えが残ることは否めない。また、人事権や定数管理に関しても、制度上は病院事業管理者の権限において職員を採用することができるが、現実には「人事委員会の承認」という壁が存在する。さらには、平成18年5月に成立し

た「行政改革推進法」では、地方公務員数の削減目標が提示されており、公営企業である自治体病院も例外ではないようだ。しかし、7：1の看護師配置に象徴される診療報酬制度上の新たな施設基準などに対応するためには、弾力的な定数管理が必要であることは明らかで、医療職の定数削減と行政職のそれとを一律に論じるべきではない。また、現在、『全部適用』を実施している自治体病院で、首長部局と異なる独自の給与制度をもつところはなく、地方公営企業法でも給与は国や県の行政部局職員の状況等も考慮することとされており、現実には、経営状況に見合った給与制度の制定や運用が極めて難しいという問題も存在する。

事実、平成17年9月に長崎市で開催された全国病院事業管理者等協議会主催の第4回全国病院事業管理者・事務責任者会議での“病院事業管理者への権限委譲”に関するアンケート調査では、十分に権限委譲されていると答えた管理者は39%に過ぎない。また、権限委譲が十分でない項目として「人事管理67%、定数管理47%、給与運用47%」などが上位にランクされており(図6)、法律どおりの運用がなされていないことが明らかになっている。

一方、平成16年度地方公営企業年鑑において、経営指標を「全部適用病院」と「一部適用病院」とで比較してみると(表2)、「全部適用病院」は「一部適用病院」を黒字病院比率で3.1%、経常収支比率で1.0%上回っている。これは、繰入金対医業収益比率が1.5%も高いため、つまり、「全部適用病院」では繰り入れ金額が多いための結果であり、病院単独の経営努力を反映する医業収支比率では、逆に1.1%下回っている。また、『全部適用』では弾力的な給与運用が可能であるにもかかわらず、給与費対医業収益比率は、「全部適用病院」では57.5%と、「一部適用病院」に比べて、実に2.9%も高くなっている。「全部適用病院」の半数以上がこの5年の間に経営形態を変更したものであるというバイアスがあるものの、これらの数値は、「全部適用は、経営健全化の切り札ではない!」ということを物語っている。

つまり、『全部適用』という制度の趣旨を、十分に活かすための院内外の環境は、まだまだ十分には整

備されていないのである。そのため、その成否は唯一、病院事業管理者の「使命感と熱意、そして行動力」にかかっているとと言っても過言ではない。

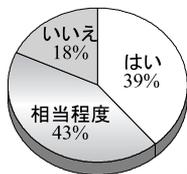
表2 全部適用と一部適用の経営指標

運営形態	全部適用	一部適用	差
病院数	180	819	
黒字病院比率	37.2%	34.1%	3.1%
経常収支比率	97.7%	96.7%	1.0%
繰入金対医業収益比率	15.4%	13.9%	1.5%
医業収支比率	89.5%	90.6%	▲1.1%
給与費対医業収益比率	57.5%	54.6%	2.9%

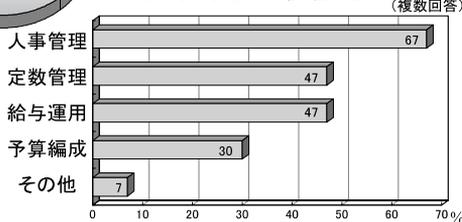
平成16年度地方公営企業年鑑

図6 病院事業管理者へのアンケート調査

Q.権限委譲は十分か？



Q.権限委譲が十分でない項目は？



全国病院事業管理者等協議会 平成17年9月

大切なのは、内因的モチベーションの高揚

では、いかにすれば、病院事業管理者の考えを職員に浸透させ、彼らをして、「税の投入」に見合うだけの仕事に、使命感と熱意をもって取り組ませることができるのであろうか。つまり、「モチベーション」の問題である。

“モチベーション”とは「動機づけ」であり、行動を起こさせる直接の“きっかけ”でもある。それは、外因的なものと内因的なものの二つに分類される(表3)。

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”的なものである。その典型は、自治体病院でも導入されつつある成果主義に基づく人事考課である。

これは、定型的業務従事者に有効であり、短期的

表3 二つのモチベーション

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
・定型の仕事	・創造の仕事
・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

には効果的となる。しかし、恐怖としての“ムチ”の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ることもない。その結果、人は利己的な行動に走るようになる。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ある。したがって、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」にはならない。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ある。

ほとんどの病院職員は、内的に動機づけられてはじめて、仕事への興味と情熱そして挑戦意欲をかきたてられ、それ自体を楽しみ、達成感や満足感を獲得することができる。つまり、人が何かをしたいと願う、内なる要求が内因的モチベーションと言える。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る。そしてその“感情エネルギー”は、短時間で消耗されることはなく、長期的かつ継続的に蓄えられ、他へと伝染していく。その結果、生産性と創造性が高まり、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。

一方、自治体病院は、高額医療機器を数多く必要とする資本集約的組織であり、かつ、それらを使用する高給スタッフを必要とする労働集約的組織でもある。そのために医療コストは飛躍的に増加し、病院は経済的に成立し得なくなってきた。これは、すべての職員の“知的生産性の向上”でしか、食い止

めることはできない。その唯一の方法は、「自分は何のために、医師や看護師あるいは地方公務員になったのか」、「自治体病院は何のために、設置・運営されているのか」、「自分は何のために、民間病院ではなく、自治体病院に勤務しているのか」など、“何のために？”という根源的な問いかけをすることである。

つまり、内なる動機づけを考えるうえで、もっとも重要なことは、「何のために、誰のために」という原理・原則を問いただす、“意識の覚醒”と考える。医療人としてはもちろんのこと、税が投入されている病院で働く地方公務員としての“意識の覚醒”である。それは、地方公務員法第30条で規定されている“全体の奉仕者”という「サービスの根本基準」の再確認であり、また、地方自治法第二条第13項に定められている“最小の費用で最大の効果”という「費用対効果の原則」の再認識である。

これらは、自治体病院で働くすべての職員にとっての共通の価値観であり、行動指針でもある。そしてそれは、誰もがもたなければならない、また、もっていて当然の、内因的モチベーションと言える。しかしこれは、日々繰り返される業務と長い勤務年月によって、いとも簡単に、消え失せてしまう。まさに、「日常性への埋没」である。

したがって、自治体病院が現在の閉塞感から抜け出すための突破口は、旧態依然とした日常性からの脱却と、地方公務員としての内因的モチベーションの高揚にあると言える。

モチベーションの必要条件

自治体病院で働く職員に“やる気”としてのモチベーションをもたせるためには、いくつかの条件を満たさなければならない。

一つは、『地方自治体行政の医療政策の明確化』である。

自治体病院の設立母体が地方自治体であることを考えれば、その行政施策が病院職員のモチベーションに及ぼす影響には、計り知れないものがある。それゆえ、提示される医療政策はわかりやすく、かつ

明確でなければならない。そして、その方向性は、地域特性に適応したローカリゼーション志向と国境を越えたグローバルゼーション進展という時流に沿ったものであることが必要となる。しかもそれは、住民はもちろんのこと、病院職員にも周知・徹底されなければならない。一方、自治体病院には、行政の医療政策に呼応した形での基本理念を定め、それをすべての職員に浸透させることが求められる。“ビジョン”の欠如が社会貢献を妨げるのは明らかである。それゆえ、行政には“ビジョン”を提示する責務があり、病院職員はそれを“ミッション”に昇華させる義務があると言える。

このような作業なくして、本質的なモチベーションの創出はあり得ない。

二つ目は、『病院組織としての目標の設定』である。

設定される目標は、あくまでも、病院基本理念の実現に向けてのものであることを、まず、認識しなければならない。また、それは単に、病院だけの繁栄を目指すものではなく、行政の一機関として、地域医療全体の最適化を視野に入れたものでなければならない。さらにそれは、「医療の質と透明性、そして効率性」という時代の要請に応えるためのものであることも要求される。病院は病院のために存在するのではなく、その機能を果たすことによって、社会や地域のニーズを満たすために存在しているからである。

つまり、「病院は、目的ではなく手段である」ことを目標設定の根幹におくべきである。

三つ目は、『澁刺とした組織風土の醸成』であろう。

そのためには、まず、現在の価値観を否定し、患者・家族や住民から信頼され、“働きがい”と“生きがい”が実感できる世界の存在を知らしめることである。「仕事に心を込め、仕事で学び、仕事で感動し、仕事で自信をつける」ことができるような病院組織文化の醸成。坂出市立病院で取り組んだ全職員参加の病院運営を基軸にしたTQC活動やプロジェクトチームの結成などは、その実現のための有効な手段である。この場合、“全体の最適化”への貢献が

第一義のものであり、“個の最適化”はそれに収斂するべきものであることを忘れてはならない。そしてそれは、日常業務のなかにシステムとして体系的に組み込まれることが必要となる。

このようにして形成される組織風土は澁刺としたものになり、「指示待ち体質」や「責任転嫁体質」、あるいは、「先送り主義」や「前例主義」など、行政や自治体病院に蔓延する、いわゆる負の特性を解消させてくれるはずである。

首長と院長の相互理解と相互信頼

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・病院事業管理者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る（図7）。

図7 首長と院長の相互理解と相互信頼
相互理解と相互信頼



- ・運営を院長に任せきりでないか
- ・物心両面から支援してるか
- ・人事異動は行政的でないか
- ・病院を頻回に訪れているか
- ・医療施策を明確にしてるか
- ・折衝を事務局に任せきりでないか
- ・運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るか

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だろうか。

自治体行政として、地域や時代のニーズに応じた医療施策を策定し、そのどの部分を自らの病院に担わせるのかを明確にしているのか。首長には地域住民の健康と命を守る責任があることを認識しているのか。病院の経営実態を正確に把握し、的確な指令を出しているのか。病院の運営を院長に任せきってはいないか。赤字経営の責任は、最終的には行政側にあることを認識しているのか。効率的かつ良質な医療が提供できるように、物心両面からの支援ができていっているのか。行政の一般職員と同じように、わず

かの期間での人事異動を繰り返してはいないか。病院側の抱えている悩みや問題を十分に認識しているのか。病院を頻回に訪れ、職員を叱咤激励しているのか。赤字を生み出す病院を“お荷物”と考えてはいないか。病院を本当に大切に思っているのか。何のために病院を設置・運営しているのかを考えたことがあるのか。行政サイドや首長に反省すべき点は多い。

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だろうか。

筆者がかつて坂出市立病院院長職にあるときに嘆いていたように、「市長が認めないから、脳外科を開設できない」、「繰入金が極端に少ないから、設備投資ができない」、「医師や看護師の増員を、あるいは、MSWや診療録管理士の採用を、本庁が許可してくれない」、「割愛制度の導入を、地方公営企業法の全部適用を、市行政が渋っている」、「病院組織図を変えたいのに、先送りされてしまう」などなど、医療や病院のことばかり考えてはいないだろうか。自治体病院職員は地方公務員の一人として、行政全体のことをどれほど理解できているのか。首長の気持ちをわかろうとする謙虚さを忘れてはいないか。あるいは、院内の運営に関して、院長はすべての部署を掌握しながら的確な指示を出せているのか。病院の方向性を明確にしているか。運営の全責任を担っているのか。院長室に閉じこもっていないか。病院職員の顔を一人ひとり思い浮かべることができるのか。行政側との折衝を事務局長に任せきってはいないか。病院側や院長が反省すべき点も少なくはない。

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。

しかしながら、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からうか。激変する医療

環境のなかであって、“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果たすことはできない。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ない。

自治体病院だからこそ、変わる

「私たちはそれなりに頑張ってきた。悪いのは医師だ」と責任を転嫁した看護師。「電子カルテは入力業務が煩わしく、診療に支障をきたす」とその導入を拒否した医師。「業務が正当に評価されていない」と他部門を非難しつづけた臨床検査技師。「レセプト業務の外部委託やIT化は、絶対反対」と椅子を蹴飛ばして会議を退席した医事課管理職。「医師や看護師が何もかも頼んでくるから、本来の業務ができない」と嘆く庶務課職員。「赤字病院でなぜ悪い」と開き直す幹部職員。「行政や議会の理解がないから、人事権がないから、医師や看護師が不足しているから、労働組合が協力してくれないから、診療報酬体系に矛盾が多いから…」などと嘆いてばかりいる病院長。

このように、かつての坂出市立病院や徳島県立病院、そして全国の自治体病院では、ありとあらゆる職種の言い訳が渦巻き、“言い訳ばかりの病院”になっている。しかし、それらは決して自治体病院バッシングに対する“免罪符”にはならない。また、言い訳の先には、職員と住民がともに喜べる未来などあろうはずがなく、たどり着くところは“絶望の世界”以外の何ものでもない。

たしかに、自治体病院には税立病院としての規制も数多い。しかし、それらを言い訳にして、「自治体病院だから、できない」と嘆いていては、時代の要請や住民の期待に応えることはできない。すでに社会は「ヒト・カネ・モノ」から「学習・知識・知恵」に重心を移し、限りある資源を有効に活用すべき時代となったのである。

であれば、言い訳をやめることだ。

筆者は「自治体病院だから、できない」ではなく、

むしろ、「自治体病院だからこそ、変わる」という信念をもっている。民間病院はなかなか変わらない。それはなぜか。普遍的な価値観の問題である。

価値観が混乱し崩壊してしまった世の中であって、民間病院がすべての職員に“共通の価値観”をもたすことは難しい。しかし、自治体病院には可能なのである。すでに述べたように、地方公務員法第30条で規定されている、『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「サービスの根本基準」が存在するからである。職員に常々、「我われは、自治体病院の職員である前に、地方自治体の職員だ！」と論じている理由は、“全体の奉仕者”として「住民にサービスする」という地方公務員にとっての基本的責務を認識してもらうためである。

すなわち、病院職員には、自治体病院という地方自治体機関において、医療を通して「住民に対するサービス」を、誠心誠意、遂行する責任があると言える。これはまさに、地方公務員である自治体病院職員すべての“共通の価値観”であり、幾ら世の中が変わろうが、時代が変わろうが、その消滅はあり得ない。それを否定する人間は、自らの存在意義を放棄したことにほかならず、その職にとどまることはできない。つまり、自治体病院に勤務している限りは、必然的に、すべての職員は価値観を共有しているのである。

「自治体病院だからこそ、変わる」の理由はここにある。

すべての自治体病院が、「何のための、誰のための、病院か」を原点に返って問い直し、「共感と感動の医療」を実現したいものである。それが、「税の投入」に対するレスポンスビリティと言える。

“眠れる獅子”は、目を覚ますことができるのか。いままさに、自治体病院の真価が問われている。

【マッセOSAKA研究紀要 第10号（平成19年3月発行）より転載】