

第1回講演（平成15年7月4日実施）

# 全職員の共通言語 「変わらないきゃ!!」

～住民から信頼を勝ち取るために  
：地域を支える病院経営とは～

# 「住民から信頼を勝ち取るために ：地域を支える病院経営とは」

総合病院坂出市立病院院長

塩谷 泰一さん



## はじめに

税が投入されている自治体病院においては、開設母体である地方行政が、その医療施策のなかに病院をどのように位置づけ、いかに住民の生活を守っていこうとするのかが、病院運営上、非常に重要なポイントになります。私はこの12年間、坂出市立病院の院長として仕事をしてきましたが、今日は、当院での医療をとおして学んだ、自治体病院とそこで働く職員の、ひいては、地方行政の「あるべき姿」についてお話ししたいと思います。

坂出市は、「瀬戸内の交流拠点・活力とふれあいの坂出」というスローガンを掲げています。しかし、私に言わせれば、街が“交流拠点になってない、活力がない、ふれあいがない”からこそのスローガンです。では、具体的に現実的に、どうやって「活力とふれあい」を実現していくのか。その責任は、行政にだけではなく自治体病院にもあるのです。

ご承知でしょうが、14年前に岡山県と香川県の間瀬戸大橋が開通し、坂出市は四国の玄関口になりました。かつては塩田で栄えたまちでしたが、日本列島改造論が華やかになりし頃、それは埋め立てられ工業地帯に変貌。数多くの企業が進出し、坂出市の人口は最大約7万人にまで増加しました。しかし、長引く経済不況のため、企業の規模の縮小や撤退があいつぎ、3年前には6万人を割り、この4月には5万8,000人

に減少してしまいました。その一方で、高齢化率（65歳以上のお年寄りの人口比率）は増加し、香川県の市のなかで最高の24.9%です。

皆さん方の市町村の下水道普及率はいくらでしょう。私は、たとえ医療職であっても、自治体病院の職員である限りは、「医療だけではなく、行政のことも知っておかなければならない」と、職員に坂出市の下水道の普及率や高齢化率を正しく答えることができるような教育をしています。当市の下水道の普及率は11.4%。香川県の平均が30%、全国平均が60%です。一般会計予算は230億円。このように、坂出市は、経済不況と人口減少、そして社会基盤整備の遅れに悩んでいるまちなのです。

## 暗黒世界へのご招待

私たちの病院はJR坂出駅から西へ歩いて10分のところに位置していますが、北へ同じ距離のところに500床の、そして、南に5分のところに200床の民間病院があります。つまり、市の中心部半径1km以内に200床以上の病院が3つもあるという医療過密地帯であり、住民にとっては医療へのアクセスが良い反面、病院にとっては非常に厳しい経営環境にあります。そのようなまちの自治体病院で何が起きたか。

香川医大学長の「塩谷君、坂出市長が坂出市立病院の院長を探しているが、君どうかね！」という天の声によって、平成3年9月に赴任し

た私は、出勤初日に市長から「坂出市立病院は潰れかけている」ことを知らされました。経営状態は最悪で、昭和54年度から13年連続して赤字決算を計上、平成3年度には累積不良債務が約25億円にまで膨らんでいたのです。不良債務とは、手元に現金も何もないことです。職員に給料を払う金がない。薬や医療材料を買う金がない。そのために、病院は運転資金として、地元の民間銀行から毎年25億円を借りつづけていたのです。当時の利率は8%でしたから、利子だけでも年間約2億円。不良債務比率は120%を超えていました。一般企業であれば、不良債務比率が20%を超えれば、「完璧な倒産」です。約1,000ある全国の自治体病院のなかで、第2位の不良債務比率の病院でさえ20%を超えていませんでしたから、当院はダントツ、ワースト1位の赤字病院だったのです。

病院は昭和36年と昭和42年に建築されており、老朽化が進んでいます。何年前には、ずり落ちた建物の壁のかけらが通行人に当たり、「頭上に注意！」という立て看板を掲げたことがありました。なぜ、自治体病院でありながら、このような劣悪な環境で医療をやらなければならないのか。それが今日のお話の大きなポイントです。

#### 自治省（現総務省）からの病院廃止勧告

院長になった初日にとんでもない状況に追いやられました。「こいつならやるだろう」と太鼓判を押して、市長に私を推薦した学長の「顔に泥は塗れない！」という思いの一方で、「どうにかなるだろう」と楽観的に考えていました。何しろ、日本一の赤字で落ちるところまで落ちた病院ですから、もうこれ以上悪くなることはありません。

しかし、それ以上にとんでもない出来事が起きたのです。その1週間後、自治省から“病院廃止勧告”を受けたのです。日本一の赤字を抱え、しかも、「安かろう悪かろうの医療」の結果、住民からの信頼を失ってしまった病院など存続する必要はないというのです。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。

いまだにそうですが、当時の市議会では「本質的な議論」がなされませんでした。「これほどまでに赤字が膨らんでおきながら、なぜ放置していたのか!」、「病院や理事者側は何をやっていたのか」などなど、将来の市立病院のあり方に触れる人などほとんどおらず、責任追及に終始していました。蜂の巣をつついたような騒ぎは、当然、マスコミの知るところとなり、病院赤字問題が新聞やテレビでセンセーショナルに報道されました。

その典型が、某大新聞の“緊急リポート坂出市立病院”、“赤字25億円職員の肩に”、“定期昇給ストップ!再建策実らず市が検討”。私は「定昇ストップなんてする必要はない!」と言ったのです。定昇をストップしても、年間たかだか500万円の節減。500万円をケチることによって、職員の「モラルとやる気」がどれだけ低下するか。しかし、病院を存続させるためには、この厳しい条件を受け入れるしかありませんでした。

このように書き立てられても、仕方のない面もありました。病院のどこを探しても、自治体病院の誇りや地方公務員の使命感など見出すことはできませんでした。そういう惨たんたる状況のなかから、病院の再生が始まったのです。

## 病院運営の失敗の本質

では、なぜ、ここまで落ちぶれてしまったのか。失敗の本質です。

本来、自治体病院は、各種国家試験や地方公務員試験をパスした知識労働者としての医師や看護職員あるいは事務方から構成される「知的創造組織」です。そこでは、彼らが所有する知的財産を駆使し、診断・治療・看護・管理という「知的作業」を、ごく当たり前におこなっています。つまり、自治体病院にとって「知的作業」は何も特別ではなく、日常的なものです。しかし、致命的なことに当院では、病院運営失敗の本質を見極め、それを教訓として生かすという「知的作業」がなされていなかったのです。

実は、当院の赤字は、昭和50年代初めからのものでした。昭和63年に累積不良債務が約16億円に上ったために、当時の自治省から第3次病院事業健全化措置団体に指定され、病院健全化計画が策定されていました。不良債務16億円を5年間で解消するという計画です。しかし、それは、なんと3年で破たんし、赤字が減るどころか、16億円が25億円に膨らんだのです。失敗の本質を見極めるという大切な「知的作業」が、全くなされていなかったからです。表面的で、皮相的で、姑息的で、その場しのぎの対応に終始していたのです。

私はいつも職員に言っています。「失敗してもかまわない」。大切なのは、失敗した後のことであり、「失敗を教訓にして、次にどう結びつけていくか」。そういう知的作業がなされなければ、日本一の赤字病院に落ちぶれても当たり前です。

なぜ自治体病院でありながら、当院は奈落の底に落ちてしまったのでしょうか。それには2つの原因がありました。1つは病院側の、もう

1つは行政側の問題です。

## 病院低迷の元凶・・・日常性への埋没

第一には、病院に基本理念がないことでした。

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、当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。

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という致命的な問題です。

私は、ある意味では病院は企業だと思っています。自治体病院といえども企業です。その存在を規定している法律には、地方公営企業法と「企業」の名前がついています。

一般企業にとって、製品の生産・販売という一連の過程における品質管理は、社運を左右する重要な業務です。病院でも、医師や看護職員をはじめとして、各専門職種が知識と技術を發揮しながら、診断・治療・看護という「製品」を生み出しています。しかし、当院にはセクシ

---

ヨナリズムがはびこり、チームで作る「製品としての医療」の認識に欠け、患者にとっての価値創造は疎んじられていたのです。つまり、診療協力体制や夜間看護体制の見直し、勤務形態の再評価、会議の責任の所在、情報開示のあり方、医療過誤の問題など、病院運営に関わるあらゆる面での品質管理システムが整備されていませんでした。そんなことで、「製品」としての良質な医療など提供できるはずがありません。

四番目の問題は、医療と経営が完全に分離し、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、経営や事務管理には無関心。一方、事務方は医療現場の実状を知ろうとせず、顔は病院にではなく本庁に向けられていました。赤字であろうが、黒字であろうが、そんなことには無頓着。関心事は、予算書や決算書の歳入と歳出の末尾が1円たりとも違わず作成され、そして、それらが議会で承認されれば、自分たちの仕事は済んだと考えていました。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。私が着任した当初、すべての職員に反省文を書かせました。しかし、看護師たちは、「私たちは一生懸命頑張ってきた。悪いのは医者だ」と言うのです。医者は院長が、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、と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。

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。そういう「日常性への埋没」から脱却させるために、私がやったことは唯一。それまでの病院そのものの、あるいは、職員の価値観の全面否定でした。彼らの仕事ぶりを全面否定して、「もっと仕事のやりがいと生きがいを感じられ、患者や家族から喜ばれる、そういう世界があるのだ！」ということを教えることから始まったのです。そこで「変わらなきゃ!!」のキャッチフレーズを掲げました。

#### 病院低迷の元凶・・・坂出市の認識不足

もう1つの原因として忘れてはならないものが、坂出市行政側の責任です。

民間病院と根本的に違うところは、自治体病院が住民の健康と福祉の増進を責務とする行政の医療施策の一環として存在していることです。しかし、当時の坂出市には、その施策のなかで市立病院にどのような役割をもたせ、地域医療に貢献させるのかの考えはありませんでした。つまり、何のために開設し、運営しているのかという「市立病院の存在意義」をまったく認識していなかったのです。これは致命的なことです。

当然、病院に対する評価は低く、「巨額の赤

字を生み出すお荷物的存在」、いわば、「どうしようもない放蕩息子」と位置づけていたのです。病院に配属された事務職員の一部には、本庁で無能の烙印を押された人がおり、病院はいわば、「姥捨て山」になっていました。彼らもそれを十分に認識しており、病院に配置替えになれば、行政マンとしての未来は閉ざされてしまったと落胆し、公務員体質の典型である三無主義に徹し、積極的に日常性に埋没していったのです。

貧弱な財政的支援も、見逃してはならない低迷原因でした。一般的に、繰入金は繰り出し基準によって決定されていますが、今の時代、そういうやり方ではダメなのです。医療は地域の特性を反映してしかるべきであり、自治体病院をしてそれをカバーさせるための繰入金であるべきです。「これだけ出すから、この施策を遂行しなさい」という出し方です。「坂出市は高齢化率が25%と高く、寝たきりが多い。市立病院へ今年度は1億円を繰り入れるから、寝たきり率を5%下げろ。「3千万円投入するから、1.252と高い医療費地域差指数を0.1下げてくれ」と明確にして出すべきです。

ところが、繰り出し基準はあいまいで、本来、「病院が存在していること」に対して、つまり、「自治体病院に公共性を発揮させるための補助」として自治省から繰り入れられる交付税は、その一部しか病院会計に入りませんでした。1床あたりの繰入金や有形固定資産は、全国平均の半分にも満たない状況が10数年にわたってつづきました。その結果、医療機器の新規購入や更新は思うにまかせず、自治体病院にふさわしい医療機能を発揮することができなくなっていたのです。

労働組合は、「行政側が基準どおりに繰り入れしていれば、こんなことにはならなかった！」

と主張しましたが、病院側がしっかりしていなかったことは確かです。

### 寝たきり職員ゼロ作戦

その頃、NHK教育テレビを見ていましたら、大学の偉い先生が「寝たきり老人ゼロ作戦」について話していました。

寝たきりの初発症状は「閉じこもり」です。すると、「こころ」と「からだ」の両面から退廃が始まってきます。「こころ」が受け身になって、思考力が低下して痴呆になる。「からだ」は、運動不足で体力が低下し「疲れた、疲れた」で寝たきり。「老人」を「職員」に置きかえれば、そのまま病院という組織にもあてはまりません。私が院長として赴任した当時の病院と職員は、いわば、寝たきり状態でした。閉じこもっていたんですね。どんなに周囲の環境が変わろうとも、自分たちの価値観から一步も抜け出そうとしない。いわば、安住の世界です。寝たきり職員を社会復帰させることが、病院再生への道です。それには、「こころ」と「からだ」の両面から改革を起こすことです。当時の看護職員の平均年齢は、全国自治体病院平均より三つも高い44才であり、不惑を過ぎた人たちにとって少し酷ではありましたが、「からだ」を改造する仕組みを作ることに心がけました。

### 意識改革ではなく、意識の覚醒

まず、心の問題です。心の問題といえば、「意識改革」。経済不況の世の中になり、どこの病院でも、どこの企業でも、どこの行政でも、耳にタコができるぐらいの「意識改革」の大合唱です。しかし、これほどまでに意識改革の重要性が指摘されながら、皆さん、それを十二分に成し遂げた組織体にお目にかかったことがあ

るでしょうか。ほとんどないはずです。なぜでしょう。

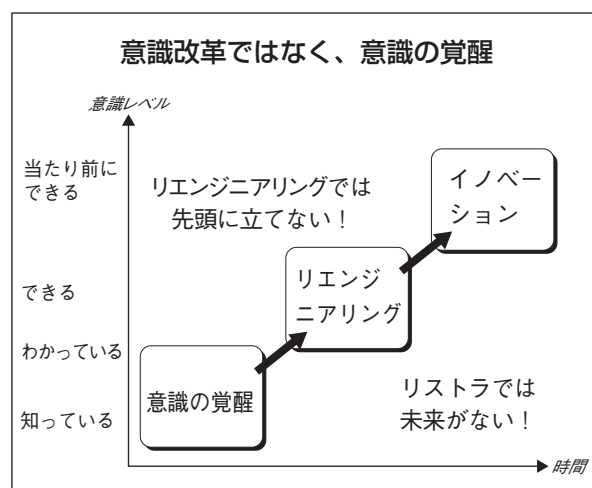
意識改革はあくまで、「意識のある人」に対してなされるのが大前提だからです。

当時の職員は、臨床で言いますと、心肺停止直前の意識不明の重体患者だったのです。意識のない死にかけている人に、いくら「あなた、意識を変えなさい！」と叫んでみても、それは刺激にすらなりません。しっかりと点滴をして循環器系を確保し、人工呼吸器をつないで呼吸管理をしなければなりません。つまり、意識改革ができないのは、基本的な作業がなされていないからです。まずなすべきことは、意識改革ではなく、「意識を覚醒」させることなのです。

それには、まず、「知っている」「わかっている」をクリアすることです。

「自分は何のために医者になったのか、何のために看護師になったのか、何のために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」。「自分は何のためにそこに勤務しているのか」。そして、「それを実現する仕事とは何なのか」を理解してわかっている人に、いくら、医療のあるべき姿・行政のあるべき姿を訴えても、それは「馬の耳に念仏」、「のれんに腕押し」。自分が何のために医者になり、地方公務員になったのかを知らないからです。

それは、誰でもが持っていた初心の問題です。しかし、2年たち、3年たち、5年たち、10年たつと、日常の忙しさにかまけて、いつの間にか初心やミッションを忘れ去ってしまうのです。大切なことは、日常性に埋没して忘れ去っていたものを、もう一度原点に戻って思い出すことです。この根源的な問いかけなくして、意識が覚醒するはずがありません。



つまり、「知っている」・「わかっている」がクリアできて初めて意識が覚醒し、意識改革がスタートするわけです。

意識改革ができない組織の責任者は、この基本的なことを認識しておらず、すぐに「できる」を職員に求めているのです。彼ら責任者こそが、意識を覚醒すべきです。

意識が覚醒すれば、次の段階は「できる」。なんとか頑張って「できる」ようになることです。

そのためには、あらゆることの見直し・やり直しが必要になります。つまり、「リエンジニアリング」です。世間では、「リストラ！リストラ！」と叫ばれています。しかし、給料カットや人員削減など「ケチケチ作戦」を展開することによって組織の存続を図ろうとする「リストラ」は、本質的なものではありません。「リストラ」の先には、住民と職員が夢と希望が持てる澁刺とした未来なんてないのです。大切なことは、すべての事柄の根本から見直し・やり直し。それが「リエンジニアリング」だと思っています。病院そのものや地方自治体のあり方を、原点に戻って見つめ直すことです。時代はそれを求めているのです。つまり、「できる」とは、努力してやり直すことでもあるのです。

しかし、なんとか頑張っ「できる」では、先頭に追いつくことはできても、トップを切って走ることはできません。マラソンでもそうです。先頭集団から10m、20m遅れても、またなんとか頑張っ走れば、トップに追いつくことができますが、トップを切って走ることはできません。我々坂出市立病院は、坂出市で1番の、香川県で1番の、四国で1番の病院になろうと思っていますから、なんとか頑張っ「できる」の“リエンジニアリング”では、ダメなのです。

ではどうするか。意識改革の最終ステップは、なんとか頑張っ「できる」ではなく、「当たり前前にできる」です。

医師として、看護師として、医療職として、自治体病院として、行政として、「やって当たり前前ことを、当たり前前にできる」。これは言葉にすると簡単ですが、やるとなると大変です。しかし、「当たり前前にできる」ようになれば、旧態依然とした価値観というか、既成概念が根本から否定され、古い枠組みから脱却することができます。そして、新たなパラダイムが生まれ、自己革新としての“イノベーション”が実現するのです。そうです、坂出市立病院は、自己革新としての“イノベーション”を目指しているのです。

#### 坂出市立病院のアイデンティティ

皆さん方の組織や病院では、自らの“アイデンティティ”を確立できているでしょうか。

かつての当院では、職員が「仕事に心を込める」ことはなく、「仕事で学んで感動する」こともなく、「仕事で自信をつける」ことなど皆無の状態でしたから、病院は暗黒世界を形成していました。そうではなく、一度でいいから「仕事に心を込めてやってみなさい」。一度でい

いから「仕事で学んで感動してみなさい」。私に言わせれば、感動なんて人から与えられるものではなく、学習して自ら獲得するものなのです。そして、少しでも「仕事で自信をつける」ことができれば、「生きがいを実感できる」ようになるのです。

つまり、「生きがいを実感できる組織風土」こそを、坂出市立病院の“アイデンティティ”にしたいのです。

職員に生きがい・働きがいを実感させるのは、確かに、病院トップの院長の仕事です。しかし、それはすべて、院長の責任ではありません。職員全員でそういう組織風土を醸成していかなければいけないのです。

#### 生きがいを実感するためには

では、どのようにすれば、「生きがいを実感」できるのか。そのためには、3つの条件をクリアしなければなりません。

第1の条件は、「やりたい仕事を、思う存分にすること」です。逆に言えば、やりたい仕事何かわからない、いわんや、やりたい仕事のない人が、生きがいをうんぬんする資格はないのです。行政マンとしてやりたい仕事何かわからない・やりたい仕事がない人が、地方自治体での仕事に生きがいを実感できるわけはありません。

2番目にクリアすべき条件は、「やりたくない仕事でも、一生懸命にすること」。やりたくない仕事であっても、とにかく一生懸命に取り組み、他人から評価されるようになることです。

「生きがいを実感する」ための最終条件は、「やりたくない仕事を、やりたい仕事に変換する力を身につけること」です。

私にとって、日本一の赤字を抱えた病院の院



長など、決して「やりたい仕事」ではありませんでした。事実、大学から坂出市立病院に赴任するときに、同僚や先輩は「お前、よりもよって、なんであんなオンボロ病院に行くんだ！」と、私のことを哀れんでくれました。しかし、この12年の間、「全員参加の病院運営」をスローガンに、すべての職員と心を一つに努力を積み重ね、全国的に評価される病院になった現在、坂出市立病院での院長の仕事は、私にとって「やりたい仕事」になったのです。ですから、私は今、「生きがいを実感」できているのです。

### 「知」の管理と「情」の管理

組織を引っ張る原動力は、管理職です。しかし、管理職の方、何のための管理ですか。

私は、本庁から転任してくる事務局長や新たに昇任した診療部長や看護部長に必ず聞いています。「あなたは管理職になった。これから何のために管理をしますか」と。なかなか答えられないんです。皆さん方、どうでしょう。私は言葉の定義～デフィニションを大切にしたいと思っています。それが「管理の定義」です。それを知らずして、管理する資格はありません。

私の考える管理の目的は2つあります。

1つは、「組織目標の達成」のためです。言い換えれば、病院理念の実現のために管理があるのです。このことを認識していない、つまり、組織目標がない部門の管理職がする管理は、歪なものになる危険性があります。事務局長や看護部長にしても同様です。目標や理念のない事務局や看護部でなされる管理からは、一体感など醸成されるはずがありません。「組織目標なくして、管理なし」です。

いま1つの管理の目的は、働く職員に、「仕事のやりがい、生きがいを実感」させることで

す。この2つのために、私は院長をやっているわけです。

しかし、管理は非常に難しい。皆さん方も実感されているでしょう。

既に百年前に、夏目漱石が管理の難しさを、「智に働けば角が立つ。情に棹させば流される。意地を通せば窮屈だ。とにかく『病院』は住みにくい」と「草枕」の冒頭で指摘しています。しかし、病院運営に際して、どうしても「智に働かなければならない、情に棹させなければならぬ、意地を通さなければならぬ」局面があるのです。つまり、管理職に求められているのは、「智に働いても角が立たない、情に棹させても流されない管理」であり、「知の管理」と「情の管理」の調和です。

### 塔を建てて、道を創る

「知の管理」とは、「塔を建てて、それにつながる道を創る」ことです。

言い換えれば、「目標の設定」であり、「しかけ作り」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「知の管理」であり、院長としての責務なのです。

一方、「情の管理」とは、塔を目指して自分の足で歩いて行こうという「やる気」を、職員におこさせることです。

これら「知と情の管理」を調和させることで、組織としての「一体感を醸成」する。“ファイ

ン・チームワーク”です。そして、究極の目的である病院理念を実現することこそが、病院責任者としての責務なのです。我々のこれまで12年間の仕事を一言で表現すれば、「塔を建てて、道を創る」ことであり、それ以外の何ものでもありません。

### 理念なくして、組織なし

その根幹となるものが、「組織の理念」です。

「理念なんかなくても、飯は食える」、「理念なんかなくても、仕事はできる」という人もおります。しかし、私は「理念なくして、何の組織か」という信念を持っています。我々の病院には、「市民が安心して暮らせ、心の支えになる病院」という理念があります。坂出市には、「市民優先、市民公平」という理念があります。同じように、皆さん方の病院や行政にも理念が定められているでしょう。

しかし、ここで伺いたいのは、皆さん方にとっての「理念とは何なのか」、理念の定義です。私が考えるに、理念とは「すべての職員の共通の価値観であり、行動指針である」ということです。院内や行政内でおこなわれるあらゆる取り組み、あらゆる議論、あらゆる会議、すべてが理念の実現のためにあるのです。そして、その実現に向けて、医師は医師なりに、看護職員は看護職員なりに、事務方は事務方なりに、自分の役割を認識して行動すべきなのです。大切な「道」の一つとして、病院健全経営推進部会を作りました。

この部会活動がなければ、病院の再生はなかったと思うぐらいの、強力なインパクトをもっていました。どの病院にも、“セクショナリズム”が存在しています。なぜでしょう。それは、自分たちの専門性で議論し、対立するからです。

人間ですから、自分たちの専門性は譲れない。そこに溝ができるんです。“セクショナリズム”で迷惑するのは、患者であり、住民なのです。

では、院長として、“セクショナリズムの壁”をいかに解消していくのか。

そこで、職種横断的な組織としての部会を作ったのです。患者サービス・広報・職場環境改善・給食改善・教育研修・医事業務改善・業務改善・経営改善の8つの部会です。いわゆるQC活動です。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。そして、病院運営に関するありとあらゆることを考え、行動するのです。専門性以外での活動は、それまで抱いていた、人に対するイメージを一変させます。「怖い意固地な先生だと思っていたのに、こんなに良い面があったのか」と見直します。

掃除のおばさんの意見であっても、病院の理念との整合性があるものはすぐ取り上げて、実行に移します。この職種横断的な活動は、「変わらなきゃ」にとって大きな力になりました。これらの部会なしには、当院の再生はなかったと言っても過言ではありません。

たとえば、患者サービス部会。七夕やクリスマスや節分など四季折々の行事で患者をなごましています。病院玄関前のプランターには、自分たちで花を植え、水やりをします。院内の観葉植物はリースを廃止し、病院で購入したものを自らで管理し育てています。外来の椅子やソファの清拭は、患者に喜ばれています。講堂や職員食堂の清掃も、委託業者に任せるのではなく、8つの部会で当番を決めてやっています。

職員は不平・不満をもらすこともなく、院長として頭の下がる思いです。

## 時代の要請にいかに応えるか

医療制度改革の嵐の中、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る時代にあつて、さあこれから、皆さん方が勤務している自治体病院や地方行政は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。それすら認識できていない職員は、「意識不明の重体患者」であると言わざるをえません。

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、「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”が医療制度改革という嵐の海で、沈没するのは目に見えています。では、どの灯りを頼りに、何を拠りどころに、医療のユートピアを目指していったらよいのでしょうか。

それは“時代の要請”を認識することだと思ふのです。

時代が、患者が、住民が何を求めているのか。それは、「医療の質」と「医療の透明性」、そして「医療の効率性」です。これらは、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ます。自治体病院とて例外ではなく、旧態依然とした日常性に埋没しては、患者や住民の期待に応えることはできません。このことを頭の片隅に置くのと置かないのでは、同じ仕事をして、生ずる結果には大きな差が出てくるのです。しかも、それを職員個人の努力や意識に依存するのではなく、病院がシステムを作り、職員がそれに則って仕事をしていけば、何

気なくしている日々の業務そのものが、実は“時代の要請”に応える仕事になっているということ、病院管理者がどう作り出していくか。“時代の要請”に対する無関心が当院を低迷させ、結果として、地域社会全体の医療水準の低下と沈滞を引き起こしたのは明らかだからです。

一方、「医療」をほかの言葉に置きかえれば、「質と透明性と効率性」はすべてに当てはまるのです。今、「行政の質」、「行政の透明性」、「行政の効率性」が求められています。今、「議会の質」、「議会の透明性」、「議会の効率性」が求められています。今、「銀行の質」、「銀行の透明性」、「銀行の効率性」が求められています。

つまり、あらゆる事象の中で、今、時代は「質と透明性と効率性」を求めているのです。これに、日々の仕事の中でどう応えていくか。日々やっている仕事が行政マンとして“時代の要請”に応えうる仕事になっているかどうか。

## 良質な医療を考えるうえで忘れてはならないこと

では、「医療の質と透明性、そして効率性」とはいかなるものでしょうか。また、医師や看護職員自身の内部に潜む、何がその実現を妨げているのでしょうか。



医療界では、「良質な医療！良質な医療！」と呪文のように唱えられています。しかし、皆さん方、どうでしょうか。“良質な医療とは何か”を一言で言い表すことができるでしょうか。私にはできません。医療は、それほど奥が深いものです。しかし、それを考えるうえで忘れてはならないことは明確です。

当たり前のことですが、「患者という相手があって初めて成り立つ医療である」ということです。

患者という相手がいるからこそ、専門技術と知識を発揮することができ、働きがい・生きがいを実感でき、それによって給料が貰え、三度三度のご飯が食べられ、家族を養うことができ、社会的地位が与えられ、こうやって研修会にも参加できるのです。この当たり前のことが、忘れ去られているのではないのでしょうか。もう一度原点に戻って、医療に思いを馳せることが、今、求められているのです。

「医療提供側の一方的な価値観を、患者に押しつけてはいけない」ことも、忘れてはなりません。

例えば、同じ絵を見ながらも、アヒルに見える人もいれば、ウサギに見える人もいます。つまり、人によって、患者によって、価値観が違います。人には人の歴史と人生があるわけです。そのバックグラウンドを知ろうともせず、ややもすれば我々医療従事者は、一方的な価値観を押しつけようとしています。そういうことでは、“良質な医療”は実現できないのです。

「医療」を「行政」に、「患者」を「住民」に置きかえてみましょう。

「良質な行政」を考えるうえで忘れてはならないことは、「住民という相手の存在」です。住民という相手があって初めて成り立つ行政で

す。であれば、行政側の一方的な価値観を、住民に押しつけていいのかどうか。住民の人生、地域の歴史を認識すべきです。住民という相手の存在を無視した価値観を押しつけていては、住民は困るのです。

行政側が一方的な価値観を押しつけたからこそ、長野県の脱ダム宣言がなされ、徳島県の吉野川第十可動堰の問題が起きたのでしょうか。そして、住民側の大反発にあって、それらは頓挫してしまいました。「医療をやっているならば、行政のこともわかる」というのは、そういうことです。

### 朝のまごころ放送

価値観を押しつける前に、我々の人間性をどう知ってもらおうかです。行政の職員にとっても、住民の価値観を理解する努力は非常に大切です。しかし、それ以前の問題として、行政マンとしての人間性を住民にどう知ってもらおうか。

当院では4年前から、午前8時27分からの3分間、看護師が1年365日、「朝のまごころ放送」という、自分たち人間性を知ってもらうための放送を開始しました。家庭での出来事、通勤途上のことなど、いろいろなことを話します。

ある日、坂出市川津町の鎌田池の池畔にある桜並木の開花の模様を話した看護師がいました。そのあと私が回診に行くと、「院長、今日の看護師さんのまごころ放送はすごくよかった。感激しました。実は私は川津町の住人で、毎年、桜の季節になると鎌田池の桜並木の散歩を楽しみにしているのです。しかし、今年は肺炎になって市立病院へ入院したため、あの桜並木の模様が気になっていたのです。しかし、先ほど、看護師さんが桜並木の話をしてくれた。すごく優しい子だ。人間性が滲み出ていたし、季節感を感じ取ることができた」と言ってくれるのです。

このようにして人間性を患者に知ってもらえば、たとえ、この看護師が点滴を失敗して、「ブス、ブス、ブスッ」と3回刺したとしても、患者さんは怒らないですよ、人間性を知っているから許してくれます。ところが、人間性を知ってもらおう努力をしない愛想も何もない看護師が、同じように「ブス、ブス、ブスッ」と3回刺し、態度もそうであったら、患者が怒るのに決まっています。「まごころ放送」はお金をかけなくてもできることですから、是非、皆さん方のところでもおやりになったらいかがでしょうか。

### 医療の透明性

患者の権利と人権の尊重、インフォームド・コンセントの浸透、そして頻発する医療事故とあいまって医療における透明性が強く望まれ、かつてのパターナリズムに象徴される医療提供者と患者との情報の非対称性は、近年、驚くほどのスピードで是正されようとしています。

しかし一方では、テレビや新聞などマスメディアによる医療情報の氾濫は、片寄った知識や誤った認識を患者に与え、結果として適正な医療の妨げとなる危険性を有しています。それゆえ、医療提供者は正確で分かりやすい医療情報の開示に努めなければなりません。これは、なにも医師だけに求められるものではなく、医療を担う一員としての医療職や事務職員にとっても大切な事柄です。

当院では「患者の権利の尊重」を宣言した文書を病院内に掲げ、患者に我々の姿勢を知ってもらうと同時に、職員にも周知・徹底を図っています。院内に掲げればよいというものではありませんが、とにかくその姿勢を知ってもらうことです。これも「医療の透明性」を推進するための一つの「しかけ」なのです。

一方、「患者や住民のニーズを把握して…」、というフレーズが枕詞のように使われています。しかし、「あなたの病院を受診する患者のニーズは何ですか」と聞かれて、皆さん方は明確に答えることができるでしょうか。一般的ではなく、自分の病院を受診する患者のニーズです。

そこで、当院では、外来患者に、「良い病院をイメージする言葉」を幾つでもいいから書いてくださいという調査をしました。その結果、患者は、当院の建物の古さや設備・清潔さなどは諦めきっているのです。専門的で高度な医療もあまり要求していないのです。上位を占めたのは、「親切・医師・看護師・説明」でした。つまり、当院を受診する患者のニーズは、「医師と看護師が親切に説明すること！」なのです。坂出市立病院として、これにいかに応えていくかです。

### 患者用カルテ「私のカルテ」

当院では平成11年の4月から、患者用カルテである「私のカルテ」を発行し、「医療の透明性」の確保に努めています。

医師だけではなく、看護職員を含めた全ての職種が、診療記録そのものを電子カルテからプリントアウトして、説明をつけて患者に渡しています。それは、患者が保管することになります。カルテは、英語ではなく「日本語」で書くことを原則としています。

患者は病院では多少とも緊張しています。医師から説明を受けて分かったつもりでも、三分の一も理解していません。家に帰ると、何を言われたのかほとんど分からない。ところが「私のカルテ」を家で読み直せば、「なるほど、そうだったのか」と納得します。とくにお年寄りが患者の場合、まったくと言ってよいほど、理

解できない方がおられます。しかし、家族がわざわざ病院に一緒に行かなくても、家で「私のカルテ」を見てもらえれば、お年寄りが受けた胃カメラや検査の結果、あるいは診断や治療内容を理解することができ、安心です。

紹介先の病院にも、「私のカルテ」を持っていてもらっています。すると、紹介先の病院の医師は、そのカルテに返事を書いてくれます。地域の診療所も同様です。よほどの開業医でない限り、当院が昨日やった検査はしないでしょうし、重複して薬を出すこともないでしょう。

セカンドオピニオンにも有効です。いくら主治医と信頼関係が構築されていようとも、患者は「診断や治療内容を他院の医師に聞きたい」と主治医に言い出すことには、遠慮があります。しかし、「私のカルテ」があれば、主治医の許可を取ることなくセカンドオピニオンを聞くことができます。

こちらは、カルテを患者の了解を得られた人が見ることは承知のうえですから、日々の診療内容のカルテ記載にも、緊張感を維持できます。旅行や所用で県外に行くときに持参すれば、病気になるっても患者は安心です。医療過誤の有効な解決手段にもなります。

現在までに、「私のカルテ」は約2,000人の患者に無料で渡しています。坂出市の人口は約5万8,000人ですから、30人に一人の市民が「私のカルテ」を持っていることになります。こういうことこそ、自治体病院が先頭に立ってやっていくべきです。

診療情報は患者のものですから、患者から求められて出すのではなく、こちらから進んで公開していくべきものです。この間、法学部の先生と話をしていたら、同じようなことを言われていました。行政は情報公開条例を作っただけ

で満足している。情報は住民のものであり、積極的に公開していくべきだと。行政職員は、そのような認識を持たなければいけない、と私は思います。

### 高品質と低コスト：相反する命題

限りある医療資源を、効率的かつ適正に活用することが求められています。

しかし、ゆとりある良質な医療を実践するためには、「ムダ」が必要です。つまり、効率性とは、それまでを省くことではなく、投入された資源と労力が効果的なことです。「節約！節約！」と呪文のように唱えたり、手当の削減や賃金カットなどの“ケチケチ作戦”は、組織を活性化させるはずはなく、全体のモラルの低下を招きます。一方、省いて当然の「ムダ」が病院のいたるところに溢れていることもまた、疑いのない事実です。つまり、省いてはならない「ムダ」と、省かなければならない「ムダ」とを明確に区別し、医療の効率性を追及していくべきです。

このような効率性が求められる中で、我々は「高品質と低コスト」という相反する命題を解決しなければなりません。行政にしてもそうでしょう。“人員を削減すれば、住民サービスの質が落ちる”と労働組合は文句を言いますが、トヨタは、世界的に有名になった「カイゼン」運動により、「高品質と低コスト」を両立させました。これと同じようなことを、病院、あるいは自治体レベルでどうおこなうのか。それには、病院情報システムを活用するしかないのです。

当院では医療情報システムを導入して8年になりますが、この命題を解決できたかどうか。

その一つの指標として、全職員の1年間の時

間外勤務時間を調べてみました。電子化する前年のそれは2万5,000時間でしたが、電子化することによって、年平均4,700時間の減少。お金に換算すれば年間1,400万円の削減がもたらされました。これは病院が“ケチケチ作戦”を展開したわけではなく、システムとして電子カルテを導入し、職員がそれを効果的に活用し仕事をして得られた結果です。削減効果は8年間で1億円を超えており、電子カルテの導入費用を償却してしまいました。一方、「私のカルテ」による情報開示の推進や日本医療機能評価機構の認定を受けるなど、医療の質も向上したのです。

つまり、難しいといわれる「高品質と低コスト」を両立できたといえるのです。

### Intelligent Hospital

情報化社会にあって、病院でも行政でもIT化は時代の趨勢です。その結果、口を開けば「情報の共有化」が短絡的に唱えられ、いわば、「IT=情報の共有化」といった風潮にあります。しかし、私は「情報の共有化」という言葉は、意識して使わないようにしています。「IT=情報の共有化」ではないのです。坂出市立病院でのIT化8年の経験からしても、すべての職員は決して情報を共有しようとしません。IT情報というのは、自らでアクセスし、見なければ入手できません。

大切なのは、「情報の共有化」ではなくて、「情報を知識に変えること」です。それぞれの病院や行政、あるいは各部門にカスタマイズした形の知識に変えて、それを共有することなのです。

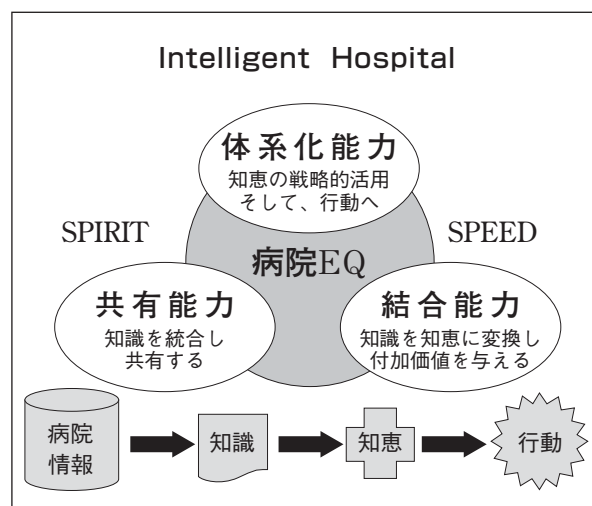
さらになすべきことは、「知識を知恵に変えること」です。もっと言えば、知恵は、マニュアルとしての“形式知”ではなく、職人芸とし

ての“暗黙知”であるべきです。ベテランの看護師の持っている技術や知識は、新人の看護師の及ぶところではありません。ベテランは、長年の仕事をとおして数多くの情報を知識に変換し、それらを知恵にまで昇華させ、「知恵を働かして行動に移すこと」で、患者から信頼される看護を実践してきたわけです。

つまり、IT化の究極的な目的は、“ITを使って何をなすか”という、「行動」です。

そして、病院や行政の知能指数を高めていくことです。それも、頭の知能指数としてのIQではなく、今、医療に心が求められていることを考えれば、心の知能指数としてEQ (Emotional Quotient) を高めることです。そうすることによって初めて、Intelligent HospitalやIntelligent Public Officeになれるのです。

「情報を知識に、知識を知恵に、知恵を行動に！」が、IT化のキーワードと言えるでしょう。



### 医療情報システムは病院組織風土を変えた

電子カルテの導入を契機に、坂出市立病院の組織風土は変わりました。

その根幹をなすものは、「走りながら考えよう」です。私のスタンスは、“とにかくやってみる”。やって、何か問題が起きたら、そのと

きに真剣に議論しようという考えです。

「ボロは着ていても、ココロは錦」。築後40年を経過した古い建物を使っています。しかし、医療は建物でするのではなく、心でするのです。日本一の赤字を抱えた貧乏人は、「ないものねだりをしない」のです。「ヤル気、根性、クソ度胸」の心意気も、忘れてはならない大切なことです。

私のやり方を、ややもすれば“前近代的である”とか、“精神論に走りすぎる”という人がいるかもしれません。しかし、閉塞感が充満し、生きがいや働きがいを見つけ出せない世の中だからこそ、“感情エネルギー”を前面に押し出して、それを“行動エネルギー”に変えていくことが重要なのです。

### 良質な医療の要素

医療とは、地域の特性を反映したものでなければなりません。私は何年前に、「一点集中、地域密着医療」という病院スローガンを掲げました。しかし、この数年は意識して「密着」という言葉は使っていません。なぜでしょう。地域を“他人”と思っているからこそ、「密着」という表現をするのです。人口6万人弱の地方都市にある坂出市立病院は、「密着」ではなく、地域に溶け込んでその一部になることです。つまり、「地域社会」との関わりなくして、良質な医療はありえないのです。

少子高齢化にともない、核家族化が進展しています。昔であれば、近所の子供が「学校の先生に叱られて、廊下に立たされた」とか、「隣家の晩ご飯は、サンマだ！」と分かっていました。そういうコミュニティが厳然として存在していました。しかしどうですか、今は。隣家の家族構成や職業すら知らない。そういう時代

になったのです。だからこそ、「地域社会」としてのコミュニティを再構築し、弱者を支えていくことが大事になってくるのです。それは、自治体病院の大切な役割です。大規模病院も、我々のような中小病院も、それぞれ地域の特性を反映した医療をやってこそ、税で運営されている病院の病院たる所以ではないでしょうか。

その実践として、当院では8年前から瀬戸内海の島々への巡回診療を開始しました。月曜から金曜までそれぞれの島へ、産婦人科を除くすべての診療科医師、看護師、事務方に行ってもらっています。

私の担当は瀬戸大橋直下の与島で、毎週木曜日に出かけています。

島に90才近い老夫婦がおられます。ご主人は漁師でしたが、脳梗塞で左半身麻痺。奥さんは糖尿病の合併症で失明しています。子供さんはみんな京阪神へ出て行って、年に数回しか島に帰ってこない。「息しよるか？」と勝手口を開けると、「息しよるぜ！」の声が返ってきます。それがお互いの合言葉です。このお年寄りたちは、私が週に一回、木曜日の朝11時ごろに訪ねてくるのを楽しみにしているのです。

全くの不採算ですが、これも自治体病院の一つの使命。院長として忙しい毎日を過ごしていますが、島への巡回診療は、私にとって疎かにできない大切な仕事です。

在宅医療にしても、1日24時間、1年365日でやっています。自宅での人工呼吸器管理・在宅緩和ケア・中心静脈栄養管理など、民間医療機関ではできない在宅医療です。準無医地区へも出かけ、小さな集落での「出前健康教室」も定期的を開催し、自ら考案した「すこやか体操」の普及に努めています。

「密着」ではなく、坂出市立病院が“地域の



一部になりたい”から、やっているのです。

これらの活動のために医師や看護職員を増員したわけではなく、彼らが自主的にやりくりしてくれた結果です。かつての当院では、想像できないことです。

「救急隊員を囲む会」も、地域社会への溶け込みの一環です。

平成8年4月より毎月1回、坂出市救急隊員との勉強会を始めました。医師や看護職員だけでなく、他の医療職や事務職員の参加を義務づけています。「病院全体として救急医療を考えている」という姿勢を、病院職員にも救急隊員にも示すためです。事務方にも救急蘇生の勉強をしてもらっています。町を歩いていて意識を失った人に遭遇した時に、事務職員であっても、的確な救急処置ができるようになってもらうためです。救急医療は医療の原点であり、自治体病院の重要な責務の一つですから、「救急隊員を囲む会」は大きな意味をもっています。

### Fine Teamwork ~ Be person for patient

患者がいて、我々医療職があるのです。住民がいて、我々行政があるのです。このことをいつも認識しておこうということです。しかし、「患者中心の医療を！」と職員に言いつづけている私でさえ、朝の忙しい外来が午後にまで長引いてくると、患者中心でなく、私本位の診療になってしまうのです。常に「患者・住民が中心にある」ということを、我々は謙虚に再確認すべきなのではないでしょうか。

当院に入院していたある患者の投稿が、新聞に掲載されました。「直腸がんの手術を受けた。当初は恐怖の入院だったが、すばらしい職員にめぐり会えて、今は病気にさえ感謝している。この病院、施設はあまり立派ではない。しかし、

人は温かくてすばらしい…」。

しかし、新聞に載ったことを職員が喜んでいただけでは、ただの人間にすぎません。たしかに、患者や住民は、我々の何気ない行動に感動してくれます。病院の廊下で投げかける「久しぶりね、体の調子はどうでした？」の一言。杖をついている人にそっと手を貸してあげる仕草。このような心配りをすごく喜んでくれるのです。

しかし、我々の何気ない一言が患者を勇気づけ元気づけるのなら、その何倍も何十倍も何百倍も、我々の何気ない一言が患者を傷つけているのです。なぜそれが、我々に伝わってこないのか。患者や住民が我慢しているからです。行政窓口での対応が悪くても、遠慮して不満は言わない。日常業務のなかで、このことに気がついているかどうかです。

### スペースを埋める医療を！

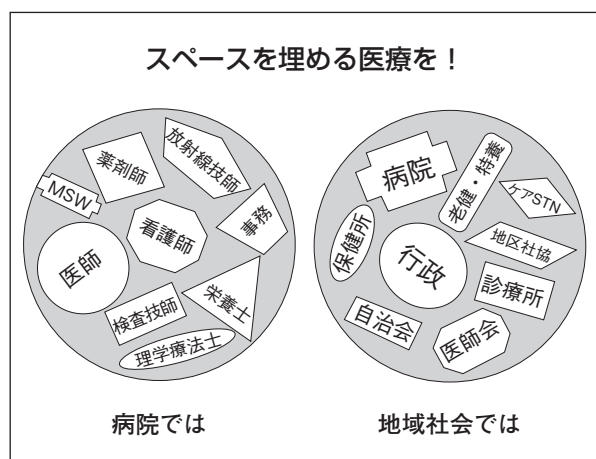
私はワールドカップサッカーを見てから、職員に「医療はサッカーだ！」と言い出しました。野球ではなく、サッカーです。

サッカー選手は、それぞれ専門性を持っています。フォワードの専門性はシュート、ディフェンダーの専門性はディフェンス、ゴールキーパーの専門性はゴールを死守することです。ところが、ワールドカップの日本の試合で柳沢が評価されたのは、フォワードとしてのシュートではなく、ディフェンスです。柳沢がディフェンスをしっかりとやったから、稲本や鈴木がゴールが生まれたのです。

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フォワードはいないでしょう。ディフェンダーにしても、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ディフェンダーはいないでしょう。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」をしているのです。何のためにそれをやっているのか。「チームの勝利」のためでしょう。

それと同じように、病院でも地域でも、それぞれ専門性をもった職種や組織体があるわけです。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、地域にも医療と福祉と介護の谷間があります。そのようなスペースを、自治体病院や行政が埋めなくて、だれが埋めるのですか。そうでなければ、チームの勝利としての「住民から信頼される医療や行政」を実現できるはずがありません。まさに、「医療はサッカー」なのです。



### これからの医療のキーワード「わかりやすさ」

これからの医療のキーワードは、「わかりやすさ」だと思います。

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れとが、どこが違うのか。我々がいちいち説明しなくても、患者が自治体病院を受診し、医療を受けていた

だければ、その違いがすぐ分かる。そういう「わかりやすさ」をいかに出しているか。

行政にしても同様です。

住民が坂出市から大阪市へ転居するとします。それぞれの市で、転出・転入届を提出します。坂出市の住民課の窓口係員が、椅子に座ったままの横柄な態度で接する。しかし、大阪市の職員は、椅子から立ち上がって丁寧に対応する。どちらの市が評価されますか。坂出市と大阪市の違いをどう出していくのか、このことを職員は常に頭のなかに置いて仕事をすべきです。税で運営されている行政や病院で働く職員は、常に住民や患者の視点に立って行動すべきです。

そのために、我々は、7年前から民間病院との交流勉強会を開いています。月に1回、お互いの病院を行き来しています。医療職だけではなく、すべての職種が参加します。民間病院といえども、自治体病院以上に公共性を発揮している病院があります。我々は、その良いところを学ぼう。民間病院にも、我々自治体病院の考えを知ってもらおう。そうすることによって、地域全体の医療水準を高めていこうと思っているのです。

私たち自治体病院が、医療消費者である患者に「わかりやすさ」を出せているかどうか。これからの21世紀の医療で問われるべき大切なことがらです。わかりやすい医療、わかりやすい病院、わかりやすい行政。できていますか。

### 医療制度改革の視点

現在なされている医療制度改革は、「社会コスト」と「サービス」の二つの視点でとらえることができます。

医療を「コスト」とみなせば、30兆円を超える国民医療費を抑制しようとするだけで、そこ

には患者の満足度や医療の質や安全性など入り込む余地がありません。

一方、医療を「サービス」と認識すれば、医療消費者である患者にとっての“価値創造”に焦点が絞られます。財布から1,000円余分に出しても、自治体病院が生み出す医療という製品を買ってくれるかどうかです。行政にしてもそうです。住民が買ってくれるかどうかです。つまり、製品としての医療の品質を保証できない病院には、市場原理による自然淘汰が待ち受けているのです。

### 価値～ものの良さ・大切さ

「価値」とは、“ものの良さ・大切さ”であると言えます。そして、その対象者としての“住民”・“開設者”・“職員”に、病院の、あるいは自治体の「価値」を感じてもらえるかどうかです。つまり、病院や自治体の「ブランド化」です。

なぜ、不況の世の中でありながら、女性がカルティエやティファニーやルイ・ヴィトンなどのハンドバッグを、高い金を払って我先に買うかです。それは、彼女たちがブランド品のハンドバッグを“ものが良い”と感じ、それを買ったら“大切にしたい”と思うからでしょう。

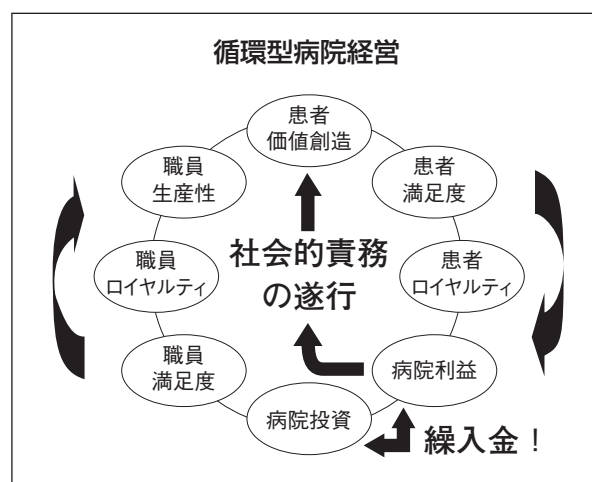
それと同じことが医療にも言えます。住民が自治体病院の生み出す医療に“ものの良さ”を感じ、病院を本当に“大切に思っている”かどうかです。そして、開設者である首長が自ら設置・運営している自治体病院に“ものの良さ”を感じ、本当に“大切に思っている”かどうかです。そして、もっとも大切なことは、職員自らが勤務する自治体病院に“ものの良さ”を感じ、本当に“大切に思い”、その「価値」を認識しているかどうかです。かつての坂出市

立病院では、これら“住民”・“開設者”・“職員”という3つのトライアングルが崩壊し、結果的に日本一の赤字病院に落ちぶれてしまったのです。

### 循環型病院経営

私が院長就任以来ずっとやってきたのは、患者にとっての“価値創造”です。それを基点として、“価値創造”→「患者満足度」→「患者ロイヤルティ」→「利益」→「投資」→「職員満足度」→「職員ロイヤルティ」→「職員生産性向上」→“価値創造”という循環型病院経営のサイクルが回ります。

そのためには、買っていただいた製品としての医療に満足してもらうことです。病気の治癒というアウトカムを含めた、診断・治療・看護・人間関係・アメニティ・安全性など医療のすべての工程に満足してもらうことです。いわゆるCSとしての「患者満足度」です。患者が満足すれば、病気になったら再び同じ病院を受診するでしょう。つまり、病院に「ロイヤルティ」をもってくれるはずですから。そうすれば、「利益」が出ます。利益が出れば、そのお金を患者にとっての“価値創造”に「投資」することができるのです。



企業でも同様です。消費者にとって価値ある製品をいかに生産するか。それを使用して満足してもらえれば、消費者は「ロイヤルティ」をもってくれます。

自治体病院にとっての大きな問題は、「利益」と「投資」の間に繰入金が入っていることです。病院が赤字とは、「利益」がないことです。それにもかかわらず、「投資」できている理由は、繰入金の存在です。これによって、ほとんどの自治体病院はこのサイクルを回転させているのです。民間病院は繰入金なしで、このサイクルを回し、患者にとっての“価値創造”に努めているわけです。だとすれば、税としての繰入金が入入されている自治体病院が生み出す医療という製品の「価値」と、税を払いながらの民間病院のそれとは、当然のこととして、違うべきです。その違いを患者に対して分かりやすく示す責務が、自治体病院にはあるのです。謙虚に反省する必要があるのではないのでしょうか、税の投入に対するレスポンスビリティを。

私は当初の7年間は、いわゆるESとしての「職員満足度」は無視してきました。

それはなぜでしょう。過去の当院職員が“チンタラ、チンタラ”と仕事をした結果、市民1人当たり8万円の負債を残しました。にもかかわらず、給料が減るわけでもなく、数千万円の退職金を手にしていました。完全失業率が6%に届こうかという不況の時代にあって、そういう職員たちの満足度を考えてやる必要があるはずがありません。だから、前半分の回転のことがばかり考えてやってきたのです。

しかし、最近になって、職員が懸命に努力し、その結果、経営が安定し、「利益」が出て、いろいろな「投資」ができるようになりました。私は、患者にとっての“価値の創造”を一番の

命題にしています。それは、単にお金をかければ達成できるものではありません。つまり、患者にとっての「価値」を創るために、最も大切なものは、お金を投資してのハードではなく、ソフトとしての職員です。つまり、職員に“生きがいと働きがい”を感じさせて、生産性を高めることです。それには、職員に「市立病院に勤務して良かった」と思ってもらい、満足してもらわなければなりません。つまり、ESです。満足してもらえば、病院に対して「ロイヤルティ」をもってくれるはずですが、そこで、ここ数年は、後半分のサイクルを重要視しました。

#### いかにして知的生産性を高めるか

皆さん方は、なぜ忙しいのでしょうか。

行政マンも医師も看護師も全部そうでしょう。なぜ忙しいのですか、時間との兼ね合いのなかで、考えられたことがあるのでしょうか。それは、エネルギーと集中力が空回りしているからです。集中力はあるけれど、エネルギーがない。エネルギーがあっても、集中力がなく、むやみやたらにエネルギーを浪費しています。

一方、1日が48時間になれば、今の忙しさはほとんどなくなります。しかし、1日は24時間しかないのです。であれば、1日24時間を有効に使い、賢く働く以外に方法はないのです。今は知的生産性が求められる時代です。もう日本は労働生産性の社会に別れを告げて、知的生産性を高める社会になったのです。

では、より賢く働くためにはどうするか。仕事を定義し直すことです。

皆さん方にとって「仕事」とは何ですか。仕事とは「だれかがだれかに与えるもの」と定義しているから、だれかが仕事を与えなければ、ずっと椅子に座って何もしようとしない。仕事

とは「上から下へ流れていくもの」と定義しているから、上司から言われた仕事を部下へ流すのです。仕事とは「ここからここまでと、やるべき範囲や枠組みが決まっているもの」と勝手に決めつけているから、枠をはみ出してやろうとしない。だからダメなのです。行政職員によく見受けられる、“指示待ち体質・前例主義・先送り主義”です。それで、忙しい！忙しい！と不平・不満ブツブツ。

だからこそ、ここでもう一度、仕事を再定義して、時間の使い方を改めることです。

それには、誰を支援すべきなのか。誰に支援を求めるべきなのか。他職種が何を必要とし、何を理解しているのか。他職種に何を知らしてもらい、何を理解してもらうのか。他職種の仕事のために、自部門が期待されていることは何か。自部門の仕事のために、他職種に期待することは何か。このように、「何が目的か、何を実現しようとしているか、何故それをおこなうのか」を問いただければ、他人や他部門あるいは組織全体の成果に目を向けるようになります。つまり、自らの意思決定と行動が組織全体に与える影響を理解することは、結果的に、自分自身の仕事の可能性を探求することにつながり、業務のやり方が大きく変わってくるのです。

### 医療職参加の病院年度予算編成

仕事を再定義することで忙しさが解消された良い例が、当院で7年前から始めた医療職が参加して作成する年度予算です。

年度予算とは、皆さん方にとって何でしょうか。

私の定義は、病院年度予算とは、「病院のその年のすべての職員の行動指針」です。行動部隊として、患者を相手に本来の診療業務をおこ

なうのは誰ですか。事務職ではなく、医療職です。しかし現実問題として、行動指針としての年度予算は、医療の最前線に立つことのない事務方だけで作られてきた。おかしな話です。しかも、事務方3人が、12月の忙しい時期に1カ月も時間を費やししながら、地方公営企業年鑑を参考に、自分と同規模病院の数値や自院の過去数年間の伸び率を勘案して作るだけ。しかも、それが医療職に周知されることはおろか、意見が反映されることも皆無でした。つまり、「医療と経営の一体化」には、程遠いものになっていたのです。

しかし、医療職が予算編成に参画・協力することで、たった1人の事務職が、わずか1週間で年度予算を作成できるようになりました。これはまさに「仕事の再定義」と「時間の工夫」によってもたらされた成果です。

### 官僚的組織観の是正

行政から異動してくる事務方は、官僚的な組織観がなかなか抜けきれません。

プロフェッショナルの比率の高い病院組織を機能的にまとめ、その知的生産性を向上させるためには、官僚制組織観ではなく、人間関係的組織観が必要です。

しかし、ほとんどの自治体病院における組織図は、保守的な官僚制組織観に沿って作成・運用されています。本来、この手法は行政組織を堅実に機能させるために用いられるものであり、組織を縦割り・横割りにして分業体制を敷くことで、業務の簡素化・効率化を図ることを目的にしています。したがって、おのずとそこには境界線が引かれることになり、境界領域という概念が派生することになります。そのような組織で働く職員に求められることは、なすべきこ

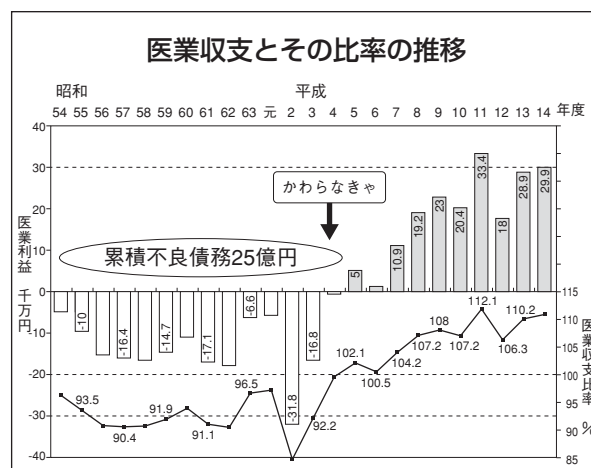
とを判断してそれを遂行する能力ではなく、決められたことを正しくおこなう能力であったと言えます。

しかし、現在では、病院職員はもちろんのこと、行政職員にも、自らを方向づけ、自らで意思決定し、自らの成果に責任を負うことが求められています。つまり、自治体病院職員に蔓延しがちな旧態依然とした官僚的な組織観は、是正されるべき時期になっているのです。

### 10年連続の医業収支黒字決算

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受取とみなす「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。それは、病院がいくら費用を使っていくら収益を上げたかという、民間と同じ決算指標です。「経常収支」では繰入金が収益として計上されているでしょう。貧乏な坂出市は、当院にほとんど繰入金をくれません。収益的収支における繰入金は、全国同規模自治体病院平均の5億2,000万円に比べて、極端に少ない、わずか6,000万円です。1ベッド当たりにしても、十分の一以下の20万円に過ぎません。

当院の「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、「変わらなきゃ」をスタートさせた翌年の平成5年度決算は、5,000万円の黒字になりました。ほとんどの医師を入れ替えた平成6年度の黒字額は、多少減りましたが、それでも2,000万円の利益です。辞めていただいた医師も強烈で、入院患者をほとんどゼロにして引揚げたためです。その後は毎年、数億円の黒字です。繰入金で補填してもらわなくても、10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、最近6年間は常に106%を上回り、平成11年度は100床以上の自治体病院では第1位の112%となりました。そして、不良債務は解消したのです。

この期間、2.5対1の看護のままで、人も増やしてやれていませんし、壁がずり落ちる建物も造り替えていません。お恥ずかしい話、MRIが入ったのが5年前です。「変わらなきゃ」で赤字体質が一掃され、黒字基調になったわけです。職員は、よくぞ頑張ってくれました。彼らは病院の宝であり、坂出市の宝であり、全国の自治体病院に誇れるものだと、「胸を張って」言うことができます。

では、かつての時代の病院幹部や職員は「何をやっていたのか」です。前の院長の退職金は約4,000万円、定年の看護師は平均3,000万円です。その一方で、彼らは住民1人当たり8万円の負債を残し、今は、釣りやお稽古事など、悠々自適の生活をしているのです。このようなことが許せますか。私が日本一の赤字時代の院長で、巨額の退職金をもらったなら、「申し訳なかった」と、100万円、いや、200万円ぐらい寄付しますよ。しかし、だれ1人としてそういう寄付をすることがありませんでした。これは、

---

医療人としての資質以前の、「人間としての資質」の問題ではないですか。

民間はどうですか。百貨店の前会長や銀行の前頭取が逮捕されたり、証券会社の社長が泣いて謝ったりと、民間企業では“結果責任としてのレスポンシビリティ”、“説明責任としてのアカウントビリティ”が問われています。しかし、自治体病院では、何ら経営責任を追求されることはありません。責任がないからこそ、これほどまでに赤字が膨れ上がったのです。「自治体病院は何をやっているのか」との非難は、あながち的外れではないと思います。我々は謙虚に反省すべきです

### 自治体病院の経営問題と社会整備

坂出市の下水道の普及率は11.4%です。

そのために、坂出市の中心部にあるアーケード街には、いまだにバキュームカーが汲み取りに入っています。香川県平均の普及率30%にするのに、何10億円もかかります。私は、自治体病院に「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13年前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。

駅前再開発にしても同じです。隣町の丸亀市は、瀬戸大橋が開通した時に高架事業が完成し、駅前が整備されました。しかし、坂出市は今やっと完成しつつあるところです。これにも莫大な金がかかります。当院が赤字を出していなければ、市民は通勤や通学に快適な駅を13年前に使っていたのです。

病院前の公園工事に、坂出市は1億6,000万円を投入しました。当院の25億円の赤字がなければ、13年前に坂出市はこの規模の公園を15ヵ所も造っていたことになり、子供たちやお年寄り

は、そこで安全に遊んだり散策することができたはずで

なぜ、「バキュームカーを見て、駅前工事を見て、公園工事を見て、自分たちの仕事を反省しないのか!」、不思議でなりません。民間病院の人たちにこんなことは言えません。しかし、税が投入されている自治体病院で働く職員は反省しなければなりません。

自治体病院協議会によれば、平成14年度の全国自治体病院の「経常収支」は、合計7,000億円の繰入金を投入してもなお6割以上が赤字、「医業収支」では実に96%が赤字です。約7割の病院には累積欠損金が発生し、その総額は1兆4,000億円を超えています。それを全国の自治体病院(約1,000)で割ったら、1病院当たりいくらかですか。実に14億円の累損を抱えていることとなります。

この現実は何を意味しているのでしょうか。

繰入金の財源は税金であり、基本的には「住民の期待に応えうる医療を提供しているか」が問われるべきです。この視点からすれば、累積欠損金1兆4,000億円の三分の二は、高度・救急・小児医療、あるいは離島・へき地医療など、不採算医療という「胸を張れる赤字」と言え、住民の理解が得られるでしょう。しかし、残りの三分の一は、病院の経営努力が不足したために生じた赤字と断言できます。当院では「意識を覚醒」させることにより、約25億円の不良債務が解消したからです。

1兆4,000億円の三分の一は、5,000億円近くになります。5,000億円あれば、子どもたちのために、どれほど校舎を建て替えてやれるか、図書館に本をどれだけ買ってやれるか。道路を、公園を、駅前を、下水道をどれだけ整備できるか。つまり、全国の自治体病院の自助努力によ

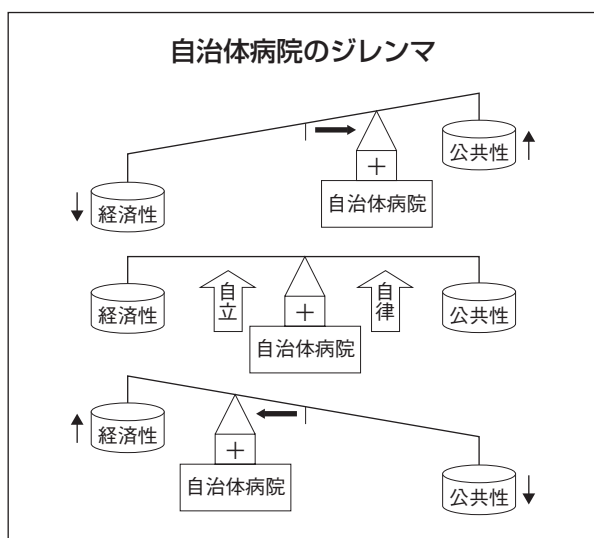
って回収されるはずの巨額な金を、さまざまな社会整備に投入すれば、地域はより豊かになるのです。

このように、自治体病院の経営不振は、「単に、病院だけの問題にとどまらず、地域住民の生活に影響を及ぼす」ことを、我々は強く認識しなければなりません。「税の投入に対するレスポンスビリティ」、これが私の病院運営の基本的なスタンスです。

### 自治体病院のジレンマ

「経済性の確保」と「公共性の発揮」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は深いものがあります。

公共性を発揮するのは、簡単なことです。巨額の金を投入して、豪華な病院を建築し、電子カルテや高額医療機器を導入し、そして、たくさんの人をつぎ込めば、だれだって、どこの病院だって、公共性を発揮できます。しかし、当然の結果として、経済性は落ちます。一方、経済性を確保するのも、容易なことです。民間と同じようにすればよいのですが、公共性が落ちてきます。



つまり、「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」が疎かになるのです。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。X軸からY軸への発想の転換です。両者のバランスを取ることに精力を注ぐのではなく、自らの足元をしっかりと見つめ、「自律と自立」をもって背丈を伸ばし、成熟することです。そうすれば、両者を満たすことができるでしょう。

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自治体病院経営形態の“公設民営化”・“広域化や統廃合”・“地方公営企業法全部適用”・“PFI導入”、あるいは“地方独立行政法人化”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す。

しかし、いずれの改善手法を取ろうとも、その経営問題を考えるにあたってもっとも大切なことは、病院と行政、院長と開設者の、透明度の高い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言えます。

つまり、「公共性の発揮」と「経済性の確保」という両立しがたい命題を解決する“カギ”は、病院と行政あるいは院長と開設者が、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。

### 行政はビジョンを、職員はミッションを

これまでお話してきたように、巨額な累積欠損金を抱えている自治体病院の経営基盤の強化は、決して疎かにはできない重要なことです。



ほとんどの自治体の財政は硬直化しており、病院の経営損失を一般会計から補填してもらう関係を漫然とつづけていくことが、妥当かどうかの議論が存在することも承知しています。

しかしです。自治体病院を設置・運営している行政側は、あまりにも「経済性の確保」を強調しすぎてはいないでしょうか。極端に言えば、「赤字は罪悪、黒字であれば医療内容は問わない」といった風潮にあり、本質的な責務としての「公共性の発揮」が置き去りにされているように思えてなりません。行政は、単に赤字の解消だけに目を奪われるのではなく、「住民に対するサービス」というその原点を再確認し、次の世代への贈り物としての夢と希望に満ちた“医療ビジョン”を提示すべきです。そして、職員はそれを“ミッション”に昇華する責任があるのです。そうでなければ、業務遂行者としての病院職員が生きがいを持てるはずがなく、住民が安心して暮らせる地域社会はおろか、良質な医療さえ実現できません。

ただ、私は12年間の院長としての仕事の中で、公共性にも「矛盾」というか「二面性」があることを認識し、この解決方法に悩んでいます。

私が、「市立病院をもっと充実させて、市民のために安心して暮らせる病院を作りたい」と思って努力すれば、「民間病院の患者は減り、結果的に経営を圧迫することになる」のです。坂出市が「市民のために大型店舗を誘致したら、地元の商店街は客が少なくなった」のです。「駅前に一時間無料の地下駐車場を作ったら、駅周辺の民間駐車場は閑古鳥が鳴きだした」のです。つまり、「官は民のために」と思ってやっていることが、結果的に「官が民を圧迫」することになるのです。この矛盾に対して、どう答えを出していくか。私は迷路に入ってしまった

ような気持ちでいます。

### 自治体病院の役割は終わったか？

自治体病院の役割は、終わったような感じもしないではありません。

ほとんどの自治体病院は、戦後の混乱期、「地域の医療不足」あるいは結核や伝染病といった「社会的な問題」を解決する手段として設置されました。昭和22年に開設された坂出市立病院も、周辺市町村唯一の病院として、結核・伝染病病棟を併設し、地域にくまなく医療を提供してきた歴史をもっています。当時、医療機能やその形態、あるいは医学的水準など問題ではなく、「一般医療の充足と特殊医療の補完」こそが自治体病院の“使命”であると誰もが認識し、税の投入に対して何の異論も唱えられることはありませんでした。

しかし、高度経済成長と国民皆保険という時代背景は、民間病院をしてその規模の拡大と機能の充実をもたらし、自治体病院が果たしてきた「一般医療の充足」という一つの“歴史的使命”は終わりました。その後、高額医療機器と先進技術を駆使した高度医療が自治体病院の“新たな使命”として認知されましたが、民間病院もCTやMRIなどを装備することでこれに参入し、地域の医療水準は飛躍的に向上しました。つまり、高度医療でさえ自治体病院にとって“胸の張れるもの”ではなくなり、残る使命は、その経済性から民間が手を出しにくい「へき地・離島医療」や「周産期・小児医療」といった、まさに日のあたらぬ不採算医療のみという厳しい声すら聞こえてくるのです。

では、これから自治体病院は、どのような役割を果たしていけばよいのでしょうか。

それには、「個別性の反映」と「正しい医療

---

秩序の構築」と「時代の要請の推進役」の3つのキーワードがあると思います。

それぞれの地域の特性を反映した医療をやっているかどうかです。都会には都会の、地方には地方の、離島には離島の医療です。一方、自治体病院は存在している地域の医療秩序が、住民にとって正しいものかどうかを検証し、正しくなければ、それを是正していく責任があります。そして、最終的には、時代の要請に耐えうるだけの医療を推進し、地域全体の医療水準を向上される責務があると思うのです。

### 自治体病院だからこそ変わる

言い訳ばかりの世の中です。「1億総言い訳の時代」とも言えるかもしれません。言い訳の先に、夢と希望にあふれる未来が開けてくるでしょうか。言い訳が辿り着くところは、絶望以外のなにものでもありません。

であれば、「自治体病院だからできない」という言い訳をやめることです。しかし、「良質な医療を実践するための赤字は、やむを得ない」と公言し、その原因を社会保障制度に帰趨させようとする自治体病院責任者が、わずかではあるが存在しています。確かに、人事権や権限のない院長、人事院勧告に従わざるを得ない給与体系、労働組合による権利の主張、矛盾の多い診療報酬体系など、制度の壁は厚くて険しいものがあります。しかし、それらは決して赤字に対する“免罪符”にはなりません。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す。「赤字病院でなぜ悪い」と開き直っているのは、いつまでたっても自治体病院の経営問題に対する社会的共感が得られるはずがありません。

「自治体病院だからできない」ではなく、むしろ私は、「自治体病院だからこそ変わる」という信念を持っています。民間病院は変わりません。

なぜでしょうか。それは価値観の問題です。これほど価値観が混乱した世の中で、民間病院がすべての職員に共通の価値観を持たそうとしても、それは無理です。しかし、自治体病院では可能なのです。

地方公務員法第30条で定められている「服務の根本規律」です。我々は全体の奉仕者として、公共の利益のために全力を挙げて「住民に対するサービス」を遂行しなければなりません。これは、我々地方公務員にとっての共通の価値観です。このことを否定する人間は、地方公務員を辞めなければいけません。だから変わるのです。

### 改革を妨げる3つの壁

改革を妨げる壁には、3つあると思います。

「制度の壁」、「物理的な壁」、そして「こころの壁」です。

院長自らが市議会に出席して答弁したいと言うと、「そんなん、先生、前例がない」と拒否。

「病院の組織図を変えたい」で、「また、来年考えましょう」と先送り。坂出市行政の問題です。矛盾の多い医療保険制度にしても、しかりです。これらはすべて「制度の壁」です。

病院は老朽化し、現代の医療を提供するには時代遅れの建物です。しかし、建て替えたくても建て替えることができない。「物理的な壁」です。

唯一、打ち破ることができたのは、「こころの壁」です。日常性に埋没していた職員の「こころの壁」をブレイクスルーすることによって、

意識が覚醒し、病院健全化を達成できたのです。よくぞ職員は意識を変えてくれました。

組織には「2：6：2の法則」があります。「言わなくても分かる人」が2割、その対極に位置するのが2割の「言っても分からない人」たちです。私は、言っても分からない人を相手にはしません。自然淘汰を待つしかありません。一方、言わなくても分かる人は、黙っていても十分にやってくれます。とすれば、組織にとって大切な集団は、その中間に存在する6割の「言えば分かる人たち」です。さあ、皆さん方はどこのグループに入るでしょうか。私が院長として赴任した当時の病院は、この大切な集団が、言っても分からない人たちの声の大きさに惑わされ吸収されて、職員の8割が言っても分からない集団を形成していたのです。「もの言えは唇寒し…」が組織風土でした。それが今では、本来の比率に戻りました。有難いことです。

### 自治体病院を行政職員の養成機関に

私は、坂出市立病院を行政の人材養成機関にしてやろうと思っています。

なぜか。病院では、治療の甲斐なく死にゆく人がいれば、その一方で、オギャーと生まれてくる赤ん坊がいます。身体障害の患者がおれば、ガンの人があります。生活保護の患者がおれば、母子家庭の人があります。健康保険もなく行くあてもない人も来ます。つまり、病院というところでは、生活の喜びも悲しみも、あらゆるものが存在しており、いわば、「社会の縮図」といっても過言ではないのです。

そのような病院に、行政職員が事務方として赴任し、患者や住民のために、本当に一生懸命、病院の裏方として仕事をすれば、そこでの2年間の仕事は行政での10年分の仕事に匹敵するは

ずです。かつての当院は、事務方にとって「姥捨て山、爺捨て山」でした。しかし私は、坂出市立病院を行政職員の「エリートコース」にしてやろうと思っています。当院に配置換えになれば、「行政職員としての自らの能力が高く評価された」と、彼らが心から喜ぶことができるような、そのような病院にしたいのです。私が了解しなければ、事務方は本庁へ帰さない。そして、私がおその能力を評価した人なら、「昇進で帰せ」と市に強く働きかけています。係長なら補佐で、補佐なら課長で、課長なら部長でということなのです。

### 逸脱を新たな理念の萌芽に

最近、私は職員に“逸脱しなさい”と言っています。なぜでしょう。

行政施策を遂行するためには、まず、その「理念」を創ります。「理念」を実現するために、システムとしての「制度」を作ります。そして、皆さん方は、定められたルールに基づいて「価値判断」をおこないながら、行政の仕事をやっているのです。

ところが、今、世の中の外的・内的環境が変化し、従来の制度下ではどうにも対処しようのない状況が発生しています。つまり、従来の行政が定めた「制度」では、住民や時代のニーズにこえたくても、こえることができなくなっているのです。であれば、従来の制度やルールの枠組みから“逸脱”することしか方法がありません。そして、新たな視点で物事を考え、正しい「価値判断」をすることになるのです。そのような行動を継続的に意味あるものにするためには、新しい「制度」を作らなければいけません。新しい「制度」を作るためには、新たな「理念」が必要になってきます。

ところが、現在なされている行財政改革や医療制度改革の先には、残念ながら、新たな「理念」が見えてきません。だから、おかしなことになっているのです。

つまり、新しい「理念」の萌芽は、まず、自らを拘束している「制度」や「システム」の矛盾を認識し、それから“逸脱”することから始まるのです。しかし、「昨日やったことを今日もやり、今日やったことと同じことを明日もやる」では、矛盾に気づくことはありません。“逸脱”こそが、新たな未来の創造の原動力になるのです。

しかし、単なる“逸脱”は不平不満分子に過ぎません。“逸脱”を意味あるものにするためには、3つの条件をクリアしなければなりません。行政が今どこにいるのかと「現状を把握する能力」、そのあるべき姿を追い求める「理想を描く能力」、そしてこれから遭遇するであろう険しい壁に立ち向かう「強い意志」を兼ね備えることが必要となるのです。

このように“逸脱”できる個性を尊重することで、職員一人ひとりの“自立”が促され、病院組織全体が活性化されるといえます。つまり、病院の将来は、“逸脱できる職員”をいかに多く抱えるかに懸かっているといても過言ではないでしょう。

## 医療は文化だ！

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。何も、遺伝子・再生・移植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当院でお亡くなりになったときに、遺族の方々から、「先生、坂出市立病院で死んだのですから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」と確信しているのです。“患者と、住民と、そして職員が共感でき、感動できる医療”をやっていきたいと思っています。

この12年間、院長としてやってきて、「医療は単に医療ではなく、地域にとっての大切な文化だ」と思うようになりました。私は、坂出市立病院での医療をとおして、まだまだ十分とは言えない坂出市の文化度を高め、住民が「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る」と言っていただけるような「まちづくり」に貢献したいと考えています。

「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」という言葉をお送りして、私のお話を終わりたいと思います。どうもありがとうございました。

