

平成24年度第1回 高松市立病院を良くする会 会議録要旨

開催日時：平成24年10月16日（火）15：00～16：50

場 所：高松市民病院 西会議室

【出席者】

(会 長) 谷田 一久 (株式会社ホスピタルマネジメント研究所 代表)

(副会長) 曾我部 輝久 (社団法人高松市医師会会長)

(委 員) 千田 彰一 (香川大学医学部附属病院 院長)

二島 多恵 (香川がん患者おしゃべり会 代表)

藤田 徳子 (株式会社フェアリー・テイル 代表)

吉田 静子 (高松市婦人団体連絡協議会 事務局長)

渡邊 照代 (社団法人香川県看護協会 会長)

和田 頼知 (有限責任監査法人トーマツ 公認会計士)

(事務局) 市職員 16名

会議進行

1. 開会 15：00～

2. 病院事業管理者あいさつ

病院事業管理者の塩谷です。委員の方々におかれましては、お忙しい中お集まりいただき、ありがとうございます。

私と市民病院院長が高松市立病院に赴任して1年半が経ちました。坂出市立病院と徳島県立3病院と同じ自治体病院という位置づけにあることから、高松市立病院においても、基本的には、これまでと同様の考え方と手法で経営改善に取り組んできました。しかし、組織風土や運営システムには数多くの難しい問題があり、どうしたものかと悩んでいるところです。その理由の一つとして病院体質の問題があり、日常性に埋没して、外部の意見を謙虚に聞き改めていく姿勢に乏しかったことがあげられます。外部の人たちが自分たちをどう評価をしているのか、住民が我々に何を求めているのか。しっかり、アンテナを高く張って情報を収集し、それらをしっかりと、しかも、謙虚に受け止めて、改善する作業を進めなければなりません。そういう意味で、今回、経営健全化計画の取組に対する自己評価を実施しておりますが、評価の考え方、基準、レベルなどについて御意見をいただき、この会の名称通りに、高松市立病院が良くなるようにしたいと思っておりますので、どうぞよろしく願いいたします。

3. 議事

議事(1) 高松市病院事業経営健全化計画の具体的取組状況について

(会長)

今回は、経営健全化計画に係る平成24年度のうち、4カ月間の取組状況報告が作られており、通常なら1年間を経過してから評価するところを、4カ月というかなり短い期間で、PDCAサイクルを回す取組みである。

そういった中で、本日も集まりいただいた皆様には、4月から7月までの4カ月間ではあるが、それぞれの病院の自己評価および記載内容等について、事務局から説明を受けた後に、御意見をいただきたい。

なお、本会の会議は原則として公開し、会議録については、各委員の皆様の発言を要約して、市のホームページで公開する。非公開にする場合には、その旨をこの会議で諮った上で、非公開とするというルールになっているので御理解いただきたい。

(ア) 高松市民病院

(資料：高松市病院事業経営健全化計画に係る評価表・具体的取組状況 高松市民病院編)

(イ) 市民病院塩江分院

(資料：高松市病院事業経営健全化計画に係る評価表・具体的取組状況 塩江分院編)

(ウ) 市民病院附属香川診療所

(資料：高松市病院事業経営健全化計画に係る評価表・具体的取組状況 香川診療所編)

いずれも、高松市民病院事務局 説明

(会長)

最初に、私から、委員としての立場で言うと、まず、自己評価と責任所属の関係について、責任所属名は、取組み状況や成果に責任を持ってもらうために部署を特定しているのに、自己評価では、それらがまとめられている。例えば、市民病院編の1ページ「(1) 救急医療の強化」では、責任所属数が9部署あるにもかかわらず、自己評価になると、まとめられて1つで△になっている。これは、どういう経緯でこうなったのか。

それぞれの部署が自己点検して、自己評価を行う方が、評価する側からすれば、わかりやすく、評価しやすい。

(市民病院事務局)

表の右端の「目標達成に向けた取組・課題」欄で、例えば、救急委員会と表示している右隣に△を表示している。その下では、化学療法委員会・看護局の右に△を表示している。これは、各責任所属が判断した評価結果を表示しており、一つ一つ表示すれば、数が多くなりわかりづらくなることと、外部評価をお願いする単位を小分類としたことから、整合性を持たせるために、事務局において、全体評価としてまとめたものである。

(委員)

例えば、一番上「(1) 救急医療の強化」の右端「目標達成に向けた取組・課題」の、救急委員会△と表示があるが、看護局の「救急認定看護師配置数」に係る自己評価はどうなっているのか。責任所属に表示しているのに、ここには記載がない。

(市民病院事務局)

「救急認定看護師配置数」については、看護局が責任所属となっているが、目標1人に対して、現行1人なので、特段の評価は行っていない。

(会長)

そういう状況であれば、前年と同じではあるものの、達成されているという評価をすべきである。私の質

問の意図は、この評価方法の可否についての問題提起である。まず、そこから議論を始めたい。

(委員)

まず、評価のタイミングの問題がある。この評価表は7月末時点の4カ月分を区切っている。例えば、一般的な民間企業は4半期ごとに区切って、3カ月間の状況を見て、評価を行い議論する。自己評価期間を定めて、できるだけ早く、外部評価を受けるということが非常に重要である。次の自己評価は、いつ実施するつもりか。

それと、年間目標が設定され、評価時点では目標に達成していないが、下半期に達成する見込みという言い訳のように受け止められる項目がある。一般的な民間企業なら、月次予算があって、月次の達成事業があって、それに応じて、成果を評価するという議論をする。結局1年間が経ってから、目標を達成できなかったとならないように、例えば、9月末に、24年度目標の半分を達成基準として、実績・成果を議論する必要がある。

それからもう一つ、黒枠で囲ったところは特に、重点的に取組を強化していく内容ということであるが、その説明を聞きながら、この病院にとって何が重要なのかを印をつけて、その印と評価表の黒枠を比較してみた。すると、赤字から、一刻も早く脱却しなければならないという非常に大きな課題があるにもかかわらず、11ページの「医療の効率性の確保」に黒枠が一つもないという状況で、違和感を覚える。1ページの「医師確保機能の強化」も黒枠にしていない。その中でも、特に、「(1) 大学等への要請」は非常に重要だと思う。評価表の中で、重点的に取組むべき項目としての黒枠部分について、なぜ経営に直結するような項目が抜け落ちてしまっているのか。

(会長)

まず、評価するには、計画目標があつてしかるべきという意見で、4カ月間での取組評価をするのであれば、4カ月分の計画目標があつてしかるべきではないかということ。それから、経営健全化計画の目標の中の重点取組事項について、本来の軸となるべき項目、重点的に力を入れるべき項目とは、少しずれがあるという指摘である。

(市民病院事務局)

今回の自己評価を通して、今の市立病院の経営状況として、診療報酬については、昨年度に病院事業管理者が就任された頃と比較して、平均在院日数の短縮、診療報酬の改定などの影響から上昇傾向にあり、良い方向に進んでいると判断している。

そこで、経営基盤を強化するためには、何が必要になってくるかといえば、やはり患者数の確保になると思う。では、患者数を確保するためにはどうすべきかといえば、救急車搬送受入件数を上げて、地域医療連携の強化に努めようということになった。そうすると、その活動を支え、バックアップするためには、医師が必要になることから、医師の確保策に当然に取組み、大学等への要請を行っている。これ以上やるとすれば、臨床研修医を受入れれば、より効果が期待できるということで、1ページ「2 医師確保機能の強化」の下、「3 医師の安定確保に向けた条件整備」に黒枠を施した次第である。

(委員)

大学への要請については、たとえ、予定や計画どおりの回数を行ったからといって、必ずしも期待する成果が得られるとは限らないが、大学の先生が根負けするくらいの回数を要請しているか。

(病院事業管理者)

大学等への要請には、私と市民病院院長が行っている。

計画目標の重点取組項目と本来の重点的に取組むべき項目に違いがあるのは、確かに危機感が欠落している面があるのかもしれない。ただ、経営基盤の強化は、決して疎かにできない大事なことで、病院事業を営む上で、当たり前のことであるが、本来の目的は公共性の確保にある。そのため、経済性の発揮については、職員には特別強くは言っていない。しかし、委員から指摘されると、経済性を全面的に押し出す必要もあると思う。

来年度、高松市の病院事業は不良債務が生じる可能性がある。職員は、それを負担に思う必要はないが、しっかり心に留めおいて、仕事をやらなければならないと言い続けている。不良債務の意味とか、累積欠損金が50億円近くあるという意味を、職員がしっかりと理解しているか否か。懇切丁寧にいちいち説明するのは、彼らの自立を妨げるのではないかと思ひ、言い控えていた面がある。その点については、私も謙虚に反省しなければならない。

そのあたりが、冒頭でお話したように、坂出市立病院や徳島県立3病院での指導方法とちょっとした違いになっているが、それが大きな差異を生んでしまっているかもしれない。今後、組織として、経済性をしっかりと考え、私を含めて、職員がどう受け止めていくかを考える必要がある。

(委員)

11ページ「医療の効率性の確保」には、「取組内容」として、未収金の発生防止、診療報酬の請求漏れ防止、物品管理の効率化、使用料・手数料の見直し、さらには、施設基準の取得など書いているが、責任所属名を見ると、ほとんどが事務職になっている。これらは、医師の協力も必要であって、「医療の質の確保」によって、「医療の効率性の確保」も達成できるのではないか。

医師にしっかりとした医療をやってもらい、患者さんをしっかりと治して、なおかつ救急を受入れる。それらは、医師が取組むべきことである一方、もう一つの側面として、いかに医療の効率化を図るかという場合には、事務方の責任が重くなってくる。医師による質の高い医療と、事務方による効率的な病院運営が両立する必要ある。

そういう意味で、経営健全化計画として、数値目標を設定し、取組内容を検証し、進捗管理を行う際に重要と思われるのは、これらのことが、末端の職員にまで伝わっているかどうかということである。上の方の幹部職員だけが知っていて、末端の職員は、計画の存在自体すら知らないというのでは、何を言ったところで、誰も行動を変えない。結局、これらの目標を達成していくためには、組織の全職員の共通認識として、どのように知らせるかが、特に重要になってくる。

あと、しっかりモニタリングすることも大事なことである。例えば、看護局がやっていることを、誰かがしっかり見る。やる人と見る人、尻をたたく人とたたかれる人、そのような形の仕組みがないと、なかなかうまくいかない。

(会長)

経営健全化計画の、責任所属別の取組項目や目標についての認識はどのような状況か、認知度はどれくらいか。

(病院事業管理者)

高松市立病院という組織は責任を全うするという意識に乏しいので、この表に責任所属名を表示し、責任を持たせることにした。ただ、どのように責任を果たしていくかという詳細にまでは、私は関与していない。

末端の現場の職員の仕事にまで、私が関与すべきか否か。坂出市立病院では、現場まで踏み込んで関与していたが、徳島県立3病院では、現場にまでは関与しなくとも、改善が図られた。職員の自律と自立を尊重したからだ。高松市立病院でも同様の理由で、関与していない。しかし、改善は十分にはなされていないので、現場まで踏み込んで細かく関与すべきか。あるいは、ミドルマネジメントを目覚めさせ、指導力を発揮してもらい、調整してもらうべきか。そのあたりどうすべきか悩んでいる。

私が細かいことまで指示したり、実践したりすると、何のために医療局・看護局・事務局・医療技術局・薬剤局の5局体制にして、それぞれ責任者を設けたのか、何のためにミドルマネジメントが存在するのか。このことをしっかり理解して欲しいと職員に言っているが、現在のところ反応は鈍い。

(会長)

私としては、トップがあまり現場に出ていくべきではないと思うが、それぞれの責任所属内の職員間で、計画に掲げた目標をどれだけ認識して、情報共有できているか、分担できているかによるのではないではないか。

経営健全化計画上、各責任部署がどこどこの部分を分担しているかが認識できれば、より、責任の所在が明確化するが、自己評価がまとめられてしまえば、その責任も不明確になってくる。

(病院事業管理者)

責任所属ごとに自己評価を求めて、検証するように改善したい。

(会長)

外部評価の際に、それらをまとめる作業は、良くする会に任せさせていただきたい。

(委員)

私事で恐縮だが、一つの事例として、夏休み期間中の土曜日の午後に、5歳の子どもが、うどん屋さんで、やけどをした。お昼1時くらいで、市民病院に電話をしてみたところ、土曜日なので、総合受付か当直か、電話を受けた方は男性であった。そこで、5歳の子どもが、掌にやけどをして、症状を伝えたところ、「ちょっと待ってください」という声とともに転送され、今度は女性の方が電話に出てきた。その後、再度、転送され、どこに回ったのかわからないが、結局、私の電話番号を伝えて、折り返し電話をもらうようお願いして、一旦、電話をおいた。数分待ってもかかってこないで、諦めて、日赤に連絡したら、「救急外来に回します」と転送されて、「とにかくすぐ来てください」ということだった。車を走らせながら、症状を伝えると、病院に着いた時には、すぐに処置に取りかかってくれるという状況であった。

この体験を通して感じたのは、市民病院のそれぞれの部署では、一生懸命頑張っているかもしれないが、連携が不十分なのか、コーディネーターがないのかということである。

それと、評価表の7ページ下段に、「(1) 患者満足度調査の実施」という項目があるが、調査対象の範囲をどのように捉えているのか。この病院に来ている方を対象にすれば、気に入っているから来院しているのであって、良い意見を下さる方が多いと思う。しかし、この病院に満足していない人は、病院に来ないから、良くない意見を吸い上げることができないのではないか。病院に来ない人に、その理由をたかさないと、一般の人が市民病院に対して有するイメージを反映した満足度調査にはならない。

(会長)

病院に来ていない人や診療を中断した患者さんがいる中で、特に、市民病院での診療を中断した患者を調

査対象に含めるべきとの意見である。他の医療機関に移る理由等意見を聞く方法について検討されたい。

(病院事業管理者)

私は、救急を断った場合には、断られた患者さんは憤慨して、「二度と市民病院を受診するものか!」という感情を持たれることになり、救急患者はどんどん減っていくと、いつも言っているが、まさにその事例だと思う。

市民病院が救急受入を断わる率は30%以上であるのに対して、全国平均は約20%。せめて全国平均レベルに改善しようと日夜努力して、やや改善の傾向が見受けられる状態になっている。しかし、まだまだという状況にある。職員は患者ではなく、同僚に気を使って遠慮しているケースが多い。対応困難な患者は、自分一人で診療するのではなく、他の診療科医師や部署に応援を頼めばいいのに、迷惑をかけるから、言いにくい。他の部署が忙しいから、気の毒だとか。あるいは、こんな些細なことで電話したら医師が怒るか、看護師レベルで受入れを断わってしまう。目線が市民や患者さんの立場になっていない。

救急受入については病院としては、人・ものなどインフラ整備をし、医師・看護師が断らないようなシステムを確立する責任があると考えているが、それ以前の問題として、救急医療は「ファインチームワーク」の象徴的なところであり、皆がカバーしあって、お互いに忙しい中でも、それぞれスペースを埋めながら、救急医療を実践していくのが当たり前という組織風土を、どうやって醸成していくかが大きな課題である。たとえ、救急チームができたとしても、一生懸命に取り組むリーダーがただ一人ではうまく進まないが、そのリーダーがまだ育っていないというのが、今の高松市民病院の現状である。それを変えるために、経営健全化計画を立て、詳細な取組項目や数値目標を設定している。

(委員)

私の件は、断られたというのでもなく、うやむやになって終わっている。例えば、大手企業等によく導入されている電話オペレーションを全て録音し、どういうやり取りをしているのか、当面の間、調査してはどうか。幹部職員の知らないところで、現場の人たちの判断で済ませてしまっていることがあるかもしれない。

(会長)

実際、民間病院のうち、厳しい病院では、救急を断ったら、クビという病院もある。そのくらい厳しさがあることだから、病院事業管理者の強い思いが伺われる。市民病院院長はいかがお考えか。

(市民病院院長)

せっかくお電話をいただいたにもかかわらず、うやむやに終わって申し訳ないと思う。そういう事例を改善するために、救急委員会において、受入不可理由など、個別に検討するとともに、その適否についても議論している。また、病院事業管理者から指示のある受入不可率を30%から20%に下げるとの方策についても議論しているほか、救急車搬送受入を年間1,800件、月150台を目標に設定して、どう対応すべきか、医師も交えて試行錯誤しながら、目標達成に取り組んでいるところである。

それと、大学等への要請に関しては、継続して取り組んでいるものの、効果が出るのが、年単位になろうかと思う。何回もお願いに行っても、年度途中で派遣してもらえないのは、なかなか難しい。

(委員)

成果が得られるのは、年単位というのは確かにある。認定看護師を増やそうとしても、途中では、なかなか増えない。

そういう状況があるにもかかわらず、それらを評価しているのは、無理やり評価しているように思う。1年経たなければ、評価できない項目はある。それを、無理やり4カ月経過した段階で、○△×の評価を実施することによって、全体があいまいになってしまうこともある。

(委員)

この経営健全化計画の評価は、バランススコアカードの様式で分析・計画が表示され、客観的に判断しやすい指標等を使い、評価しやすく、とても細かく検討されている思いで見せてもらった。

自己評価に係る目標設定については、各部署では、月ごと、半期ごとの目標値を設けた上で、この計画書の目標値に対して、現状がどうかの判断がなされているもので、総括表として作成し、それらを各々記載することができないから、やむを得ないのではないかと思う。

医師の確保の問題についても、地方の病院はとても厳しい状況で、大変御苦労されている。また、2ページの「(3) 業務プロセスの見直し」に関する項目については、国の通知でも、コメディカルが、その専門性を発揮するとともに、さらなる役割を拡大する必要があるということで整理されており、看護師についても、救急部門での救急看護師など、認定看護師の活用の検討が進んでいるところである。地域救急医療支援病院では、24時間体制での救急体制が、医師にとって負担が大きく、厳しい状況になっていることを踏まえて、クリティカル面で医師をカバーするために、認定看護師の活用が行われている。この評価表上の取組内容は、「職種間でのプロセスの最適化」と表現されているが、医師業務の軽減対策として、各コメディカルが、それぞれの専門性を発揮して、医療行為を通じて、対応していくことを検討すべきである。これは、医師の確保対策も含めて各病院が必死に取り組んでいることなので、大切な課題である。

(会長)

確かに、医療経営の観点からすると、医師にしかできない仕事、看護師にしかできない仕事など、それぞれの仕事を、もう一度見直してはどうかと思う。医師が費やす時間は、診察時間はもとより、インフォームドコンセントとして患者への説明時間のほか、電子カルテの入力作業、病診連携の事務作業など、医師でなくてもできる作業を、医師が負担している状況があると思う。これに対処するためには、業務の見直し作業が必要で、経営改善をしていく上で、非常に重要なポイントである。仕事の作り直し、やり直しを、ぜひ検討されたい。

(病院事業管理者)

私も、仕事の「整理・整頓」の重要性を強調し、指示し続けている。「整理・整頓」をして初めて、問題点が認識でき、解決しなければならないことに気づく。「整理・整頓」することなく日常性に埋没しては、問題に気づくはずがない。しかし、時間の余裕がないのかもしれないが、整理整頓作業をやろうとしない。

また、全国的な傾向として見受けられるように、市民病院においても、医師が事務作業に追われて大変かどうかという、少なくとも私の見る限りでは、医師はそれほど忙しくはないように思う。時間外勤務時間を見ると、1カ月の医師の時間外勤務時間は平均で約28時間。1週間で7時間前後という状況の一方、全国平均の1週間の時間外勤務時間は22～23時間である。もちろん、時間外勤務時間を申請していない人がいるのも事実である。ただ、そういう数字を見れば、どうやってアクティビティある組織にしていくか、正直悩んでいるところである。

(会長)

時間外勤務時間だけを捉えれば、問題はなく、どちらかと言えば理想的であるとも思える。要は、全体の

パフォーマンスとのバランスが大切で、それらを、どう評価すべきかということになるが、非常に難しい問題が潜んでいるように思う。

(病院事業管理者)

看護師においては、時間外勤務時間を申請しづらいという問題は、何も市民病院だけに限ったことではなく、どこの自治体病院でも見受けられると認識しているが、高松市立病院の看護師の1カ月の時間外勤務時間は平均で約12時間。薬剤師が一番多くて約32時間。リハビリテーションスタッフも約14時間台、事務職は約30時間くらいである。それらを考えると、全国の自治体病院は、とても忙しいと言われているにもかかわらず、うちでは必ずしもそうではないように受け止められる。ただ、「管理者が来て、あれしろ、これしろと言われるのに、人も増やしてくれず、仕事だけ増え、現場では忙しい」という意見が聞こえてくる。

それらを解決するための一つの方法として、仕事の「整理・整頓」を指示しているが、なかなかできていない。例えば、事務方は、机の上いっぱい書類を置いている場合が多い。書類が机に山積みになっていれば、仕事を忙しくやっている錯覚に陥り、仕事の効率は上がらない。だから、一度、机の上にあるものを全部下ろして、必要なものだけ取るよう「整理・整頓」しなさいと、言い続けてきたが、まだできていない。また、施設基準の取得に関連して、市民病院では、医師事務作業補助者を新たに4人雇用して7人体制とし、75対1から50対1に変更したが、これに伴って、医師の仕事がどう変わったか等を検証するよう指示しているが、まだできていない。

こうなると、管理者のガバナンスは何か、何のために地方公営企業法の全部適用したのかという根本的な問題に関わってくると思う。そこで、組織が体質的に変わることを期待して、地方公務員法第30条において、「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、職務の遂行に当っては、全力を挙げてこれに専念しなければならない」と規定されているので、共通の目的意識として一番大事と位置づけ、全職員に周知徹底している。

ただ、そのような取組みがどうか、どうすべきか、アドバイスをいただきたい。

(委員)

救急の問題は、大学病院としても、頭の痛い問題であり、救急の現場にいる人だけでなく、受け皿となる全ての診療科医師が、その気にならないと運営できない。また、全ての電話を録音してみてもどうかという提案があったが、その実現もなかなか難しいように思う。

最初の話題に上っていたが、この経営健全化計画について、構成員のどのあたりまで知っているのか。つまり、取組項目を設定した人が、極めて限られた職員で、その評価もまた限られた職員だけでやっていると、相応の効果を得るのは、非常に難しい。と言うのも、国立大学は、8年前に法人化して、それ以降、計画をたて、その結果の検証を行いながら、今2期目に入っているところである。ただ、恥ずかしい話、香川大学は、全国で下から数えて何番目という状態であり、計画の第1期分を作る作業の一部に私自身も関わったが、そのような状況を認識できなかった。全国の国立大学が82ある中で、70番台、80番台の位置づけにあることが、新聞に載ってはじめて、これは大変な状況だと、職員皆が気づいた次第である。例えば、教授会のメンバーでも、いろいろなことを分担するが、それぞれ自分のパートにしか興味を示さない。本当に改善を図ろうとするなら、個々をちゃんとやった上で、全体を見なければいけない。

評価というのは、数字で出てくるから、わかりやすい反面、自分たちで目標を立てるというプロセスを経験していないと、評価の対象・目的がなかなかわからないものである。

昨年、私が病院長になって、最初の病院長の説明会を開催したとき、外部からの評価の現状を知ってもらうために、香川大学の全国規模での評価や、国立大学医学部の42附属病院のうち、39番や37番という位置づ

けがされている、いろいろな指標を全部出した。

また、大学病院が法人化した際に、百何億円もの借金をしたが、それでも、規模が小さいから、全国的には高くはない金額である。東京大学は一般企業なら5年以内で倒産するような状態で、その何十倍もあったが、今は、どんどん寄附講座を受け入れ、外部資金を入れて、減らす方向になっている。香川大学でも、当時の借金だけなら、もっとも早く償還できる予定だったが、その後、機器購入や施設面での改修等、借金が増えている状況で、あと20年後くらいには、今の償還額の数倍を返さなければならないとシュミレーションされている状態になっている。そんな重要なことを事務方の係長レベルはもとより、私自身も病院長になって、初めて現状を知った次第である。

そのような情報は、周知されないし、若手職員などに経営感覚を持つと言っても、100%無理のように思う。しかし、自分の部署でこの項目が、全国の中でこれだけ劣っているという資料を見せたら、危機意識を持たざるを得なくなる。そういう目標の立て方をしていけないと、幹部だけでやる仕事になってしまい、全職員が実感を持って取組む状態にはならない。

私も、各課からヒアリングを実施して、この疾患に係る全国レベルの評価・成績は全国で何位という赤裸々な資料を提示して伝えている。診療科によっては、全国レベルでトップのものもあるが、その真逆もあり、それらのデータを全部出して、「どう思いますか。こう評価されているけど、自分たちが間違ったことをしていませんか。なぜそうなっているのか診療態度など、再度考えてみませんか。」と提起することによって、皆の考え方が少しずつ変わってきて、結果として、経営指標に成果として返ってくることを期待している。

数年前の私自身がそうであったように、市民病院でも、実感として、何が悪くて何を改善しなければならないかという危機感が少ないように思う。ただ、周知をするのは、非常に難しいし、組織が縦割りで、細切れになっていけば、特に厄介である。医師の中には、そういう情意が、ほとんど通じない人もいるし、一同に集めて一網打尽にやらなければならないと思う。

また、今の病院機能評価は、従来のバージョン5までは、看護体制をチェックするウエートが高かった。それらは、数字に出やすいし、システム的なことで、イエス・ノーで判別でき、非常にわかりやすかったから、対応もしやすかったように思う。しかし、これからは、本当の意味での診療レベルのQ I を判断しなければならないようになっていく。目標を設定するためには、自分達でまわりをリサーチしなければならず、問題や課題をたてるどころから、個人にやってもらうような仕組みを作っていけないと、なかなか成果が得られない。

決して市立病院を責めるという意見ではなく、私の実感である。

(会長)

1歩も2歩も現場に踏み込まなければならないという、非常にありがたい意見である。

(委員)

私が、以前、会社に勤めていた頃、ちょうどISOという制度が始まって、その立ち上げに2年間、1年目は勉強、もう1年は社員への周知やISOの作成など、実践していく作業に携わった。社員への周知のために、何度も勉強会を開いたが、結局ISOと言っても、書類上だけのことになってしまっていた。その後、その会社が倒産し、ISOの認証通知が届いたが、なんて現実味のない制度だろう、全国レベルで進めているから取組んだけど、マニュアルや書類作成など、あくまで書類でしかないと思った。そのことに関連して、今、委員がおっしゃるように、計画は、現場から提案してもらって、作り上げる方がいいと思う。そのためには、責任所属の細分化が必要のように感じる。

それと、先ほどの電話対応の件とよく似た事例で、ある患者から、市民病院で、がん相談をしたいと言わ

れた。そして、私が市民病院に、あえて顔なじみの職員を指定せずに電話して、相談をしたい旨伝えたら、今日は詳しい人がいないので、また何曜日にお電話くださいとの返答であったので、さらに、担当部署や担当者、アポイントメントの取り方など、詳しく聞こうとしたが、それは、そのときに聞いてくださいとの回答であった。結局、相談を希望していた患者は、切羽詰っていたので、香川医大の方に連絡して、相談を受けてもらった。

この件について、もし自分が電話を受けた担当者だった場合を考えたが、相手が連絡先等を教えてくれたら、こちらから連絡し直しましょう、など対応したように思う。何となく、尻切れトンボに終わってしまったが、そのような電話はいっぱいあるのではないかと思う。このような事例を把握して、きちんと対応していく必要があるのではないか。

がんになった場合に、病院を選ぶときは、医大か、日赤か、中央病院の、どの病院に行こうかと名前が上がるが、そこに市民病院は出てこない。これが現実だと思う。

(委員)

I S Oの話が出たが、医療機関関係のうち、薬局ではI S O認証に取り組んだが、それと似た制度として、病院には病院機能評価の認定がある。I S Oは書類整備で足るが、病院機能評価は、かつて書類準備で足りていたものが、今ではプロセス評価ということで、患者に安全な医療が提供できるような医療安全マニュアルをもとに、そのプロセスが実行されているか、実践を伴っているかどうかを確認される。それはひいては、病院の経営改善につながるということになる。つまり、患者さんに良いサービスを提供していれば、リピートしてもらって、病院経営も維持・改善が図られ、良いサイクルでまわっていくということである。

この経営健全化計画では、以前は、経営改善といえば、収入・支出とか金銭面ばかりが強調されていたと思うが、医療の質、サービスの提供に配慮されており、患者が増えれば、収入が増え、患者満足度も上がるということを狙っており、バランスが取れている計画であると評価している。

また、各専門職が、その専門性をいかして、医療の質を確保しようとしているが、病棟看護師を配置すれば、国の診療報酬の計算上、点数が加算される。また、看護補助者を導入したら、それで、点数加算できるし、医師事務補助者を導入しても、診療報酬加算される。それに加えて、病院経営も改善を図ることができるということで、今後、重点的に取り組む事項として捉えている事項は、病院が一体となって「生きる力を応援する」という課題に向かっているように思う。

お金だけじゃない、サービスを良くしないと患者が来てくれないと、病院事業管理者がいつも言っていますが、それを必死になって取り組もうとする状況が見受けられ、以前より改善されている。

(会長)

新しいことが、次から次に出てくるが、これを出始めと信じたい。ここからがスタートで、次の良くする会の時には、より進化したものが発表され、実際に医療内容が変わっているように願いたい。

(病院事業管理者)

病院は、「良い医療提供をすれば、経営は後からついてくる」という思いで、これまでやってきたが、本当にそれでいいのか疑問に思いはじめています。やはり、経営基盤の強化を全面的に押し出してやるべきとも思う。

(会長)

押さえるべきところは、押さえなければならぬ。何でもかんでも、お金を主眼に置くというのではない

が、やはり、必要などころでは、お金を意識する必要があるのではないか。その部分は、はっきりしておかなければならない。

(委員)

診療報酬加算は、今いろいろな種類があつて、病院全体の取組によって、診療点数等が上がる仕組みになっているので、それ自体で、医療サービス、医療の質の向上が図られるという構造になっている。DPCにしても同様で、経営基盤というか、一般的に言うソフトやハード全体を含めた基盤そのものが上がらないと、経営基盤も上がらない。

全国的に同じことが言えるが、今の病棟薬剤師の問題と同じで、いきなり20人も30人も増やせって言われても実現できない。それでも目標があれば、それに向かって取組んでいく。7対1看護基準も、何年もかけて実現できるものであつて、診療報酬の点数もゴールを、少し高めに設定しておけば、それが、結果としては経営基盤、病院の機能基盤を上げる方向に向かって、経営改善にも直結していく。

いろんな加算があるから、まだまだ取りこぼしているようなものが結構あると思うし、細かなところでは矛盾する部分もあるが、病院としては加算が取れるような体質というか、体制を整えて、何らかの基盤を整備せざるをえない状況が求められており、ある意味、経営基盤と病院全体の機能・基盤が同じような位置づけになっていると思う。そういう意味で、市民病院の場合は、近い将来、ハードを全く新規で整備するのは、最高の基盤整備になる。だから、市民病院は、その部分では非常に利点となり、そのメリットをいかして、皆がやる気を出せるような目標を立てればよいと思う。

(病院事業管理者)

まさに、おっしゃるとおりで、組織風土は今から作ることができるので、新病院の開設までに、豊かな土壌を作っておきたいという思いを強くしている。

(委員)

一校区コミュニティ協議会での例をあげると、そこには各部会があり、その部会の年間活動計画を、それぞれ作る必要がある。その際、各部会の様子を見てみると、頻繁に会を開いて、それぞれの部員が出てきて計画の作成に取組んだところは、活動が活発である。トップの人達だけで、プログラムを組んで作り上げた部会との活動内容を、一年間見て比較すると、そこに差があるは明白である。底辺から、部員が参加している部会は、組織運営や人間関係がうまくいっているところである。

先ほど、病院事業管理者も言っていたが、人間関係はとても大切である。幹部だけが、事務的に作り上げるのではなくて、皆でしっかりと話し合いをして、組織運営をしながら、皆で動く必要があると思う。体を使って、動く、地域コミュニティの活動においても、そういうことが見えてくる。ましてや、大きな組織で、重責を担う市民病院での活動となれば、病院事業管理者の悩みがよくわかる。

それと、この評価表にしばらく目を通したら、本当に細かなことを実施していることに驚き、感銘を受けた。その上、何とか経営を良くしようとする姿勢が見受けられ、非常にうれしい。

また、仏生山に新たな市民病院が立て替わる話題が出ましたが、まさに生まれ変わるチャンスだと思う。そういう意味で、非常に期待を込めて見守らせていただきたいと思う。

もう一点、市民病院編、塩江分院編、香川診療所編のいずれにも、防災の項目で×がついている。「災害医療」を施す医療機関としての立場の市民病院が、防災関係で、自己評価が×というのは、非常に気になる。香川大学では、災害医療について、いろいろな講演を開き、積極的に取り組んでおり、トリアージの話から始まる講演内容は、安心につながるもので、とても勉強になった。

災害時には、是非、高松市民病院も、高松市民の強い味方になってほしいと思う。現場では忙しくて大変だと思うが、ぜひ積極的に取組んでもらいたい。例えば、地域の婦人会等から要請があれば、出向いてもらい、看護師さん等が講師になって、こういう取組みをします、安心して下さいという内容を話してもらえば、良いかと思う。特に今年は、地域防災に対する考え方をまとめるために、香川県でも新たに危機管理総局くらし安全安心課ができた。高松市の方でも取組んでもらっているので、市民病院においても、医師や看護師を講師として派遣したり、防災訓練などに加わっていただけるようお願いしたい。

(病院事業管理者)

機会があれば、ぜひ声をかけていただきたい。新病院では、重点的に取組む医療として、「救急医療」「がん医療」「災害時や感染症に対する医療」「へき地医療」の4本柱を掲げている。それにもかかわらず、準備等を含めて、取組んでいない。逆に言えば、「災害医療」の重要性を現場が認識していないのかもしれない。市民の方が、病院スタッフに講座等への参加を要請し、職員が出向くようになれば、意識もまた高まってくる。そういう意味からすれば、市民の方々に、市民病院を育てていただく。我々や院長が育てるのではなく、市民の方々にも、育てていただくということが重要だと思う。

(委員)

私は3年程前に熱中症で倒れた。そのとき、救急車の中で、どこの病院が受け入れてくれますかとの内容の電話をしていたが、すぐに市民病院の名前が出ずに、結局、中央病院に運ばれた。良くする会の委員の立場で、各委員の話聞きながら、そういえば、あの時、市民病院の名前が出てこなかったことが思い出されて、今更ながら寂しい思いをしている。

また、私の父は、この市民病院で最期を看取っていただいた。お世話になった病院であり、非常にありがたく思っており、市民病院に思い入れのある一人であるので、ぜひ、皆さんに頑張っていただきたいと思う。

(病院事業管理者)

おっしゃるとおりである。救急医療は、市民病院の生命線だと思う。救急をちゃんとやらなければ、市民病院は存続し得ないとすら考えている。ただ、現実、今言われたような状況である。

救急医療にしっかり取組めば、患者は増えて、収益も上がる、良い医療もできる、仕事のやり甲斐も、働き甲斐も高まるなど、さまざまな効果が考えられる。やればできるにもかかわらず、今まで、救急の受入に力を入れてこなかった。これを何とか改善する必要があるとして、指示し続けて、ようやく救急医療に取組みはじめたところである。このような状況を踏まえ、今後、ものや金など、どのようなサポートができるのかを考えているところである。

(委員)

香川大学や保健センターから、医師不足なので、孫や子どもがいれば、ぜひ医者になるように薦めるよう依頼された。今年、高校に入学した女の子の孫が一人いるので、その子に医者になるように薦めたところ、今、頑張って勉強しているところである。そのくらい、医師不足というか人材不足が深刻化していることを認識した。

(病院事業管理者)

ぜひ、香川大学の医学部に入学していただき、卒業後は、市民病院へよろしくお願いしたい。

(会長)

市立病院の根幹に関わる部分として、防災や次代の医療従事者の獲得に検討を求める意見である。

(病院事業管理者)

こうやって良くする会を開催して、皆様の意見、熱い思いをいただいた訳だが、末端の現場職員にどうやって伝えるかが問題となる。

(委員)

病院事業管理者の応援団として、ファンの一人として、敢えて申しあげるなら、その役目は病院事業管理者にしかできないのではないかと思う。先ほどから、誰がやるべきか、中間管理職の役割はどうかなどの話があったが、やはりそういう仕事こそ、病院事業管理者のお役目と存じる。

先日の我が社での恥ずかしい話であるが、小さいながらも社として、次の時代はこうあるべき、今のうちにやっておかなければならないのはこうだということで、日々、業務改善や収益の確保策を検討してきた。そこで、夏の間、新たな仕組みを作って、さあ、秋本番と思っていたところ、末端の社員から、「業務改善とか収益性とか社長がいくらおっしゃっても、私には一切関係がないことです。私は自分の生活が幸せであつたらいいだけです。業務改善というにもかかわらず、むしろ、ここ最近、残業が増えて、家族と過ごす時間が減りました。収益といっても、それは会社が儲かることであつて、私には一切関係がありません。」と言われた。そのときには、経済人・社会人であれば、普通に、当たり前と考えられていたことが、実は当たり前ではなかったということに気づかされて愕然とした。

やはり、夢を語るのが、一部の人間に語るばかりで、末端の人を見ていなかったと反省した。「あなたのエンドゴールはなんですか。組織のエンドゴールはなんですか。」と、自分の夢をどのようにして叶えていくのかという個人のエンドゴールづくりができてなかったことに気づき、反省した。今の若い人たちは、そのような価値観で、自分の生活さえよければいい、会社の効率化なんて、自分には関係がないという人がいて、これからもっと増えてくると思う。そうすると、夢を語る役目こそ、病院事業管理者にやっていただきたい。

(会長)

経営者としての意見ですね。

(病院事業管理者)

我々、公務員は、共通の価値観、共通のゴールという観点からすれば、恵まれている。それは、先ほど申しあげた、「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。」という地方公務員のサービスの根本基準を定めた地方公務員法第30条が存在するからである。我々は、法律で仕事のやり方を定められている。それは、誰が何と言おうと共通の価値観に違いない。そういう意味では、民間企業の方々に比べて、我々はまとまりやすいと思う。これほど、多様な価値観が広まった世の中で、民間企業が、職員に対して共通の価値観を持ってやりなさいと言っても、なかなか難しいが、我々は共通の価値観が持てる。そのベクトルにどうして心一つにして集まらないのかという、基本的なことを言い続けている。職員は皆、仏生山町に新しい病院ができるのが、当たり前のように思っている。それをありがたいと思うかどうかによって、やはり、働き振りが変わってくるように思う。

私のやり方、言い方が精神論主義に走り過ぎるとか、前近代的という非難が聞こえてくるが、私は、地方公務員法第30条を守っていかなければならないと思っている。

ただ、本当にそれでいいのか、最近、いろいろ考えてしまう状況である。

(会長)

大企業であるユニクロも、近代的経営と言われているが、精神論で「世界一になる」という大きな目標を掲げてやっている。そこに、証拠や根拠、いわゆるエビデンスなんかない。ただ、できるだけ失敗しないように、抑えるべきところは抑えて、チャレンジするのであって、やはり、精神論は、一番大事なところである。精神論がない組織は、機械仕掛けで無味乾燥なところであるから、そのあたりは、ぜひ、病院事業管理者らしきを守ってほしいと思う。精神論は必要である。

(委員)

そういう気持ちを語っていけば、若い人たちの中にも、必ず同調する方がいるから、そういう人を見つけて、意見を聞かせてもらう。それを長く続けて、人材を育てていく必要があると思う。

(病院事業管理者)

自分でもわかっているが、私の欠点は、気が短くて、すぐに結果を求めてしまうところである。

(会長)

経営者の立場から言わせてもらおうと、精神論が古いと言っている人の経営観は、1980年代か90年代の古い感覚だと思う。だから、精神論が古いと言っていること自体、もう古いということである。

(委員)

塩江分院では、「地域まるごと医療」を目標に掲げ、訪問看護で実績を上げているが、かがわ医療福祉総合特区の提案事業として、「オリーブナース事業」への参加の案内があったと思う。県から委託を受けて、看護協会が募集をしており、まだ残り枠があって、追加募集を行っている。

オリーブナースは、香川県内のへき地や離島で、県が開発した、電子カルテ機能付きテレビ会議システムによって、遠隔地の医師から指示を受け、診療補助ができる訪問看護師のことで、24年度中に20名を育成することを目標にしている。多度津や小豆島では、すでに研修の申し込みをしているので、へき地の塩江でも参加して、住民サービスの充実・向上を図ってはどうか。

(会長)

塩江分院では、ぜひ検討を願いたい。

(副会長)

先ほどから、各委員さんからの貴重な御意見を拝聴していたが、来年、不良債務が生じるおそれがあることを、病院事業管理者が説明した。市立病院が税金で運営されているというのではなく、職員自らが運営している病院という意識があるなら、この評価表がもっと高く評価されるように、職員は努力すると思う。

それと、この評価表は、余りに細分化されているように思う。責任所属ごとに自己評価と外部評価があれば、十分な評価を受けることができるが、それぞれの評価や認識が異なってくることもあるから、評価のあり方自体について、もう少し検討し直すべきと思う。

それから、経営感覚の話が出たが、開業医から得られる情報では、借金をしている医師は、一生懸命頑張っているが、2世の医師とかは、ちょっと甘い面が見受けられ、努力が足りないようである。

また、市民病院も10年から20年くらい前まで、本庁から病院事務局に異動して来た人で、優秀な人材だと思っていたら、2～3年で本庁に戻ってしまっていた。だから、脇市長や増田市長の頃から、医師会の場で、仕事を覚えたら、すぐに本庁に戻ってしまう状態だから、これを避けるために、できるだけ人事異動を控えるように言っていた。最近では、優秀な人材が病院事務局に残っているので、その点、大いに期待したい。

また、病院事業管理者からのいろいろな話と、各委員からの発言で、今、市立病院に必要なことは、話尽くされたようにも思う。そこで、この病院を会社と位置づけた場合、たとえ、その社長が気に入らなくても、社員は、自分の生活のために頑張って、黒字経営をしようと努力する。今、病院事業管理者が社長で、職員の皆さんの中には、自分とフィーリングが、必ずしも合わないという人もいるかもしれないが、それはそれで、一致団結して頑張ってもらわなければならないと思う。

4. 閉会 ～16:50

(会長)

貴重な御意見とともに、宿題もたくさん出たように思うので、今日の議論を踏まえ、病院側には検討を願いたい。

次回、ある程度の期間を経過した段階で、この経営健全化計画について、本格的に委員皆様に評価をお願いすることになると思うので、それまで、病院側で実行できることは、鋭意取組んでいただきたいと思う。

以上で、平成24年度第1回の高松市立病院を良くする会を閉会します。

本日はどうもありがとうございました。