



第1回

この人に聞く

邊見 公雄

全国自治体病院協議会会長

●平成23年9月14日（水曜日）●於：全国自治体病院協議会紀尾井町本部

Q. 自治体病院の今後の方向性について、お聞かせください。

邊見

自治体病院に限らず病院というものの自体の余裕がなくなっています。住民の要望、たとえば脳外科作ってくれっていったら脳外科を作る。産婦人科も絶対必要。小児科も乳児検診を患者を待たさずにやってくれとか、そういうものはもうある程度選択と集中しなければできない。なんでも要望に応えるような余裕はもう病院にはないです。

日本の医療を支えるものは3つあります。フリーアクセスとハイクオリティとローコストです。ローコストというのは世界水準からすると日本の医療費は安いです。たとえば虫垂炎でもアメリカの1/10ぐらいです。安いからといって質を落とすというわけにはいかない。いつでも誰でもどこでも、何回でも受診診療できる。何回でもってことまであるのです日本は。いつでもどこでも誰でもぐらいでは、できるだけやってあげたいけれど、何回でもというのは、これはちょっとよくないのではないか、過剰診療かなと思います。

これからの自治体病院は規模別にやらなければいけないと思います。大規模な病院は、あまり経営努力しなくても経営していけると思います。県立中央病院、政令指定都市の市民病院などの病院は、大学病院と同じぐらいのレベルと地域住民がみんな思っているから、集客力もあるし地域人口も減らないからいいと思うんです。いわゆるマグネットホスピタル的に医師も集まるし、余程のことがないかぎり、め

ちやくちやな経営をするとか、医療事故でものすごく評判が落ちるとかない限り経営していけます。

もう1つは、専門病院です。県立がんセンター、こども病院やリハビリセンターなど、専門化したところ。精神科やこども病院は黒字にはならないと思いますが、循環器センターやがんセンターなどは黒字になると思います。これはある意味での政策医療です。これは地方自治体が持ち出すべきところだと思います。

一番困るのはへき地離島山村の自治体病院ですが、赤字黒字にかかわらず、自治体あるいは国が面倒をみますから、これも生き残るのです。問題は人口10万人以下の中小都市にある一般病院です。かなり経営の上手な民間病院があったら淘汰される可能性が十分あります。そこの住民が必要と思うかどうかです。おらが病院だと思って支えてくれたら残りますし、支えてくれなかったらつぶれます

自分の病院がどういうふうな病院をめざすのか、総合病院をめざすのか、専門病院をめざすのか、あるいは慢性期もやり急性期病院からの流れを受け持つのか、そこが今後の課題です。

Q. 特徴を持った病院にもっていかなければならない？

意見 そう、特化していくということです。

Q. 人口10万人以下の中小都市の公立病院は特色を出す前に、なんでもやらなければいけない病院というのはあると思うのですが。

意見 それは周りの病院と分担しなければいけないですね。だから周りがやっていない分野をやるとか、同じことを人口10万人ぐらいのところで競合しても両方共倒れになります。

Q. 今後の地域医療連携はどうあるべきでしょうか？

意見 病診連携しなければいけないですね。たとえばうちの病院は内科系中心に外来は主に診療所に任す。循環器や糖尿病など、主にそれで入院するときだけうちに来てもらう。だから1患者、2主治医制。入院のときは病院の医師が主治医で、外来のときには診療所の先生が主治医ということになります。

Q. 病病連携の場合はどうでしょうか？

意見 急性期と慢性期という分け方がいちばん多いと思います。やはり自治体病院は急性期から亜急性期を狙って、民間病院には慢性期をお願いするなどです。

Q. 大病院や中央病院などの、いわゆる急性期病院がある近くに慢性期病院がもしない場合に、DPCの問題でどんどん退院させないといけないとか、日数の問題とかいろいろ聞くのですが…。

意見 19床以下の有床診療所がわりといい役割を果たしてるんです。たとえばうちの病院のOBや、先代がうちの病院のOBだったり、そういう人ががんの末期の看取り、脳卒中のかなり末期の動けない人とか、人工呼吸器付けたり、胃瘻を付けたりしたら手間かかりますから嫌がりますが、それでも診てくれるところがあります。だから人口5万人ぐらいのところでは19床以下の有床診療所がかなり活躍しています。

Q. 病院運営に際して事務職員に求めることと期待することはどんなことでしょうか？

意見 事務職員に求めることは、やはり院長や幹部が何を考えているかということと、自分の病院の使命というのを事務職員も考えなければいけないと思うんですよ。お金の計算をすとか受付をすとか帳簿をつけるとかいうのではなくてね、やっぱり企画力とか、マーケティングとか、いろいろな意味で事務職員も経営意識をもつことですね。

Q. 一般的に病院の事務長、事務職員もいろいろあると思うのですが、たとえば事務長とか総務系をやっている方と、医事課系や経営系で違ってきますか？

意見 これはどちらも両方わかればいちばんいいのだけど、似て非なるもので、医事職員というのは特化しなければいけないでしょうね。特に診療情報管理士の試験は受かるぐらいDPCにも精通したり、ある程度医事請求とか、点数業務とか、請求業務は特化しないとならないですね。総務でいちばんむずかしいのは人事評価と、人集めです。看護師さん集めなどがむずかしいと思います。

人事評価で給料をどうするか、昇進をどうするかということのと、コネで人を集め

てくることですね。田舎では医療職は集まりにくいです。

Q. それは医師も看護師もということですね。

.....
意見 みんなですね。PT、OT、ST、すべてですね。

Q. 医療サイド、たとえばコメディカルと医事課や事務職員の連携についてよくいわれてますが。

.....
意見 普通連携しなければまあ何にもできないですけどね。ただ両方とも自分の仕事はここまでっていうバリアをもっている。事務はやはり発生主義で発生する前からは動かない。医療が行われたあとでしか動かない。現場はもう準備から始めないといけないからね。これは非常にむずかしいです。たとえば手術室に請求事務員を配置しているということもたまにありますけど、発生源ですぐにガーゼを何枚使っているとか、すぐに書けるわけでしょ。看護師があとでガーゼがこれだけ足らなくなってるから、これだけ使ったんだなというのは、違うわけです。それからだいぶ後追いになるんですね。手術室の婦長さんが今日、これだけ使ったんだというのと、手術室の患者1人ひとりに事務がついていてやるのとでは違います。まあ看護師にもそれぐらいのコスト意識をもってもらうか、事務が専門家として入って行って、手術室に1人ずつ置いていたら、採算が合わないから、3つ4つの手術室を巡回してやっていくかですね。

Q. いまドクターズクラークとか医療事務作業補助者とか聞きますが。

.....
意見 まだそこまではしていない。あれは診断書を書いたり介護認定書を清書したり、まだそんなものすごいプロみたいなことはしていない。
それはやはり目標にすべきでしょうけど、学校とかが必要でしょうね。

Q. 事務職には重要な課題があると思いますが、自らの責務というか、業務として捕らえていない職員がけっこう多いと思います。特に自治体病院の場合には本庁との人事の関係があるものですから、なかなかその部分がうまくいっていないのかな、というのがあります。

.....

意見 そう思います。だから独法化とか、全適（全部適用）とかいわれてますけど、やっぱり病院事務というのはプロパー化しないといけませんでしょう。ローテートでできるような、もう昔の病院事務と違うのです。病院の30ぐらいの職種を全部目配りするのは、院長だけでは無理だから、事務長、副院長、看護部長、その他みんな目配りしていく。

それからこれだけよく変わる制度。毎年制度が変わってるわけです。いろいろな制度が。それに対応できるのは、本庁から昨日まで税務、出納やったり教育委員会にいた人が来て、数年でやれるという時代ではないですね。

Q. ご指摘のとおり、やはり病院のなかではどうしても事務職と医師、看護師、コメディカルとの間では、どうもすっきりいかないという現状があるのは事実だろうと思います。そういう意味では事務職が医療行政の動向や診療報酬改定等の情報収集、そして職場に積極的に入り、自病院の現状や経営上の問題点、課題点を掌握し、討議資料を作成するとともに解決に向けた対策等の合意形成と院内周知を図らなくては、全職員一体となった経営健全化や病院の将来ビジョンなどは出せないのではないかという気がしています。

.....

意見 私もそう思います。今後、皆様方もぜひそういう方向への情報発信をお願いいたします。

ありがとうございました。