

講演 2

ある地方公立病院の危機と 再生への取り組み： 今そこにある医療環境、社会環境に どう対応するか？

地方独立行政法人市立大津市民病院
院長

日野 明彦



令和5年11月9日（木）
14：00～15：00

講演2では、市立大津市民病院の日野院長に「ある地方公立病院の危機と再生への取り組み：今そこにある医療環境、社会環境にどう対応するか？」と題してお話いただいた。

大津市民病院では2022年に京都大学医局から派遣されていた常勤医師が集団退職した。日野院長は、その契機と経緯に触れながら、医師集団退職後の医療機能の一部停止や風評被害などの実態とともに、病院再生への取り組みを赤裸々に語った。また、日本独自の大学医局制度、専門医偏重、主治医制度、国民皆保険制度、病院へのフリーアクセスなどを海外と比較し、そのメリットや課題について私見を述べられた。

はじめに

私は滋賀県大津市の公的病院、市立大津市民病院で院長を務めています。42年間、脳神経外科医として市中の救急病院で働いてきました。私が好きなものは手術、好きでないものはルールだと言

う人もいますが、私は反則を好んでいるわけではありません。ただ、ルールの本意を考えることなく、頑なにルールに盲従する態度は好きではありません。救急医療の現場では、ルールを守ることだけに拘ると臨機応変な対応が出来なくなります。苦手なのは人の名前を覚えることです。検査

画像はよくわかるのですが、最近は患者さんの名前をなかなか覚えられず、まずいなと思っています。管理職として心がけていることは、とにかく現場に入ることです。人と人の調整役ですから、現場の状況を知らないと仕事はできません。また、優先順位を間違えないことを肝に銘じています。戦争も紛争も、たいていのトラブルはリーダーたちが優先順位を間違えることで始まります。私は昭和の時代に医者になりました。恩師からは「医者は金の計算をするな」「医者は自分のコマーシャルをするな」という二つの教えを受けました。ずっとこの教えに従って何十年も医者をやってきましたが、院長となった今は真逆のことをやっています。恩師が知ったら怒るかもしれません。

市立大津市民病院の概要

大津市民病院の創立は19世紀の終わり、1899年です。場所は滋賀県の県庁所在地、大津市ですが、実はJR京都駅からわずか11分のところ。病床数は約400、日本の典型的な地方公的病院です。第一種感染症指定病院として、新型コロナパンデミックでは最も多くの患者さんを診た病院の一つです。大津市は少子高齢化が進む地方都市で、医療圏の人口は約34万人です。

日本の公的病院は、たいていどこかの大学医局から常勤医師の派遣を受けて運営されています。いわゆる大学医局制度です。大津市民病院には、京都府立医科大学、京都大学、滋賀医科大学の3大学から常勤医師が派遣されています。日本の多くの公的病院は赤字経営ですが、大津市民病院も慢性の赤字状態でした。大津市直轄の市民病院でしたが、2017年に独法化されて実質民営化されました。

医師の大量離職が発生

●医師の大量離職の経緯

ご存じの方も多いと思いますが、2022年、大津市民病院では20名以上の常勤医師が集団退職するという前代未聞の騒動が起きました。発端は

2021年9月で、当時の理事長（元京都府立医科大学教授）が、外科と脳外科のトップに「業績が悪いのでチームを交代してほしい」と話したのです。外科、脳外科の医師たちは京都大学医局から派遣されており、彼らはこれを管理職のパワハラであるとして申告しました。院内調査委員会が立ち上がり、パワハラはなかったと判定しましたが、調査を主導したのは当時の院長でした。つまり、経営陣のパワハラ疑惑に対して、経営陣がパワハラはないと判定したわけで、かえって火に油を注ぐ結果になりました。外科の医師たちは派遣元の京都大学の医局に訴えたり、メディアに訴えたりしました。京都大学医局は当該科だけでなく、全ての派遣医師を大津市民病院から引き上げると通告しました。退職予定とされていた常勤医は30名以上でした。この騒動はメディアでも大きく取り上げられ、京都大学と京都府立医科大学の学閥紛争という切り口で全国に報道されました。外部弁護士から成る第三者委員会が立ち上がりました。第三者委員会は法的な意味でのパワハラを否認しましたが、現場職員たちへの経営陣の配慮不足を指摘しました。理事長・院長・事務長は退職し、救急受け入れや手術が一時的に停止しました。

●深刻な風評被害

私に院長職の打診があったのは2022年3月でした。着任は4月中旬でしたが、医師の大量退職という物理的な問題もさることながら、はるかに深刻だったのは風評被害でした。外来や入院の患者さんが激減し、開業医の先生たちも患者さんを紹介してくれなくなったのです。一般市民や患者さんからは毎日クレームが届き、市内の飲食店に入ると「あの病院はもう潰れるやろ」という声が耳に入ってきました。病床稼働率は6割まで落ちました。85%を切ると病院は赤字になることが多いので、6割はただごとではありません。

発端はどこの職場でもあるような経営陣と現場職員との間の人事トラブルですが、全国ニュースレベルの大騒動になった背景には、日本の大学医局制度があったと思います。日本のほとんどの公的病院はどこかの大学医局の関連病院として常勤

医の派遣を受けています。法的な人事権は病院にあるとしても、実際の人事権を握っているのは外部の大学教授です。しかも、大学医局は学会を主導し、学会が専門医資格や病院の施設基準などを決めるので、その影響力は絶大です。日本の医師の9割は、どこかの大学医局に所属したことがあるといわれています。ただ、最近は若い医師たちの意識が変わってきて、医局の影響力は以前より弱くなったとも言われています。

病院再生への取り組み

●医師の補充

着任してからの半年ほどは、トラブルの事後対応に明け暮れました。近隣のいろいろな大学を廻って医師の補充を陳情しました。外科や泌尿器科は比較的早く補充できました。また、退職が想定されていた放射線科と麻酔科の医師たちが残留してくれたことは大変ありがたかったです。これらの診療科は、いわば病院のインフラの役割を担っています。一方、脳神経系では、脳神経外科と神経内科計10名が辞めましたが、新任は私一人

でした。私は院長職を務めながら、一人でこの診療分野を担うことになりました。

●風評被害対策

大変だったのは風評被害対策です。不祥事のニュースはすぐに伝わりますが、ちゃんと仕事をしていることはニュースにもなりません。黙っていても状況は良くならないので、新聞、テレビ、雑誌などからの取材は片っ端から受けました。NHKテレビでは謝罪会見もしました。自分の落ち度を謝罪するよりも、人の不始末を謝罪する方が楽かもしれないということを知りました。(あくまで気持ちだけです。)

『日経メディカル』『エムスリー』のインタビューのほか、7月に放送されたテレビ東京の「ガイアの夜明け」という番組にも出演しました。この番組は、経営不振の企業が再生していく過程をメインテーマとしたドキュメンタリーです。ご覧になった人がどんな印象を持たれたかはわかりませんが、放送前のチェックを一切させてもらえないので、放送を見てびっくりしたところもあります。ただ、大津市民病院では、多くの職員が頑張っ



資料を見ながら講演に耳を傾ける聴講者

いるというメッセージは視聴者に伝わったのではないかと思います。

大津市民病院の医療圏には高齢者が非常に多く、新聞やテレビをあまり見ないという人もおられます。メディアだけに頼っていてはダメだと考え、地区自治会の集まりに出向いて「5分だけ時間をください」と頼んで病院のアピールを行いました。20か所くらい行きました。また、地域の開業医の先生たちのところへ出向いて、騒動について謝罪したり、患者さんの紹介をお願いしたりしました。120件くらいは廻りました。

●赤字経営の見直し方針

トラブルの後始末もさることながら、根本的な問題は病院の経営でした。そもそも騒動の発端となった人事トラブルも、当時の経営陣が赤字体質を何とかしようとしたからだと思います。私は、会社が成長する要素は二つしかないと思っています。一つは良い仕事をする事、もう一つは良い仕事をしていることをわかってもらうことです。会社であれば、良い製品をつくって良い宣伝をし、収益が上がれば、その収益で職場環境を整備し、さらに良い製品をつくるということが成功へのスパイラルになります。病院の仕事は医療ですから、良い診療をすると同時に、良い診療をしていることを市民に知ってもらうことだと思いました。

病院再生のための重点目標

●大津市民病院の実態

着任したときの病院の第一印象はいわゆるお役所体質でした。もともとが大津市直轄の市民病院ですから、市役所から派遣された職員が多いのは当然としても、無駄なルールが多い、臨機応変が効きにくい、病院経営の専門家が少ない、経営状況の可視化が十分でない、現場からのボトムアップが乏しいと感じました。

職員間の連絡網も不十分だと思いました。笑い話ですが、昨年12月のある休日、私は発熱と喉の痛みを覚え、自分が新型コロナウイルスに感染したのではないかと感じました。まずは感染症対策



大津市民病院の危機と再生について語る日野院長

部のトップに連絡をとろうと病院に電話したのですが、電話をつないでくれませんでした。電話番号を教えてほしいと言うと、病棟に聞けと言われました。病棟に電話して看護師に事情を話そうとしたところ「どちら様ですか」と聞かれました。「院長です」と言ったら、直ぐに電話を切られました。もう一度病棟に電話をして「私は院長ですけど」と言ったら、「職員番号を教えてください」と言われました。職員番号を覚えていなかったため、番号カードをカバンから取り出そうとしていたら、また電話を切られました。一連のやりとりで15分以上かかったと思います。結局、私は駅前の無料PCRセンターへ行って検査を受けました。当院は二次救急病院であり、災害拠点病院でもあります。これでは災害時には対応できないと思って、急いで職員間の緊急連絡網を作りました。

その一方で、全国レベルの臨床能力を持った医師たちがたくさんいることに驚きました。多くの現場から、病院を立て直そうという熱意も感じました。こういう人たちと力を合わせたら、何かなるのではないかという希望を持ちました。

●大津市民病院の立ち位置

まず、病院再生のために、当病院の立ち位置から考えました。高齢者が多い医療圏ですから、高齢者に配慮した急性期病院という立ち位置でした。また“待つ”病院から“動く”病院への転換をコンセプトにしました。病院の使命は患者さんを開業医の先生方から紹介してもらって診療すること

です。いわば地域からの働きかけを待つ存在です。当院はこちらから地域に働きかける病院でありたいと思いました。

●重点目標① 経営の効率化/可視化

病院再生のための五つの重点目標を掲げました。

一つめは、経営の効率化/可視化です。自分の職場がどういう経営状況にあるのかを、職員に知ってもらうことは重要です。病床稼働率や看護必要度、平均在院日数などの経営指標を電子カルテに表示し、全職員が見られるようにしました。各部門の毎月の業績も公開しました。

次に経営会議というものを創設しました。トップダウンで経営指針を決める独裁的な手法が必ずしも悪いとは思いませんが、トップが有能であるという条件が付きましますし、そういうトップが何でも続くとは限りません。そもそも私自身が暴走しやすいタイプなので、ブレーキをかけてくれる存在が不可欠だと思いました。そこで、様々な部門の責任者で構成する経営会議を創設し、毎月集まって2～3時間、あらゆる経営課題を話し合うことにしました。コンサルタントを入れて、全診療部門からのヒアリングも行いました。

●重点目標② 院内風土の刷新

二つめは、院内風土の刷新です。有効な業務改革は現場から始まると思います。様々な現場から問題点と改善案を上げてもらい、経営会議で検討して対応することになりました。だいたい月に10件程度の提案があり、これらを議論することは経営会議のメンバーにとっては楽しい作業になっています。

パワハラ問題を審議するシステムも変えました。医師大量退職騒動のきっかけは人事問題でしたが、騒動が大きくなった一因は事後対応にあったと思います。一般企業では経営陣のパワハラ疑惑を経営陣が審査することはあり得ないと思います。経営陣のパワハラ疑惑に対しては、院外の法律家に審議を委ねる外部監査制度を導入しました。それから間もなく、面識のない弁護士さんが私のところにやってきました。当院職員の訴えにより、私

がパワハラ疑惑の審査対象者になっているというのです。幸い円満解決に至りましたが、しばらくの間はもっと言動に気をつけようと思いました。まさか自分が対象になるとは思わなかったのですが、私自身も含めて公平に監査される制度になったと思っています。

退職医師たちとの間で今でも争点となっている退職金規定の文面も見直しました。また、よく働いて業績を上げた職員たちの報酬を上げたいと考え、コンサルを入れて給与報酬制度の見直しを始めています。

●重点目標③ 地域医療連携の強化

三つめは、地域の医療者との連携強化です。当院は、開業医や他の医療機関の先生たちから患者さんを紹介してもらう立場です。「患者さんを紹介してください」と開業医の先生たちを廻っているうちに、ほとんどのクリニックは医師一人なので、医師が体調を崩すと診療ができなくなることを実感しました。その一方で、病院には医師、看護師、検査技師など、多くの専門家が在籍しています。そこで、緊急事態には当院から医師や看護師、検査技師を地域のクリニックに派遣する取り組みを始めました。

病院のオープン化も始めました。開業医など、外部の医師が当院の病室や手術室を使える取り組みで米国などでは一般的です。滋賀医科大学の救急科と連携して、ドクターカーの共同運行も始めました。

●重点目標④ 集患対策

四つめは、集患対策です。病院のアピールを強化するために広報部をつくりました。それまでは各部門がバラバラに広報活動をしていたのですが、ホームページ、SNSから広報紙、看板まで、病院のあらゆる広報活動を集約して一元化しました。

●重点目標⑤ 診療体制の整備

五つめは、診療体制の整備です。現在の外科手術はロボット手術の時代です。当院には外科、呼吸器外科、泌尿器科にロボット手術の専門家が



日本の医療制度の特徴と課題についても言及

揃っていますので、この人たちの能力を最大限に活かすべく、最新鋭のロボット手術機器、ダヴィンチXiを導入しました。

外科にはエクスプレス外来も導入しました。これは、がんの診断がついたら短期間に検査を集中して、10日くらいで手術を受けられるようにする取り組みです。4年ほど前、私も肺がんと診断されたのですが、手術まで2か月待ちと言われて不安になったことを思い出します。もっとも、エクスプレス外来は当院のオリジナルではなく、大阪の病院が始めたものです。

脳神経系の専門医は私一人になったので、前任の済生会滋賀県病院との連携を組みました。済生会滋賀県病院は県内最大の脳卒中ケアユニット（SCU）と11名の専門医を擁しています。大津市民病院の研修医22名と私、済生会滋賀県病院の部長2名でSNSグループをつくり、救急患者さんへの対応を決めます。二つの急性期病院ががっちり組んで救急医療を行う試みは、日本ではあまり例がないと思います。この取り組みは最近、論文になりました。

また、女性医師が女性患者さんを診る女性専門外来を創設しました。女性の患者さんからは女性医師に診てほしいという要望がしばしばあります。

●全国トップレベルの医療スタッフ

最後に当院の宣伝をさせていただきます。当院には全国トップレベルの医療スタッフが揃っています。例えば、放射線科の市場文功部長は日本有

数の画像診断医で、日本放射線医学会診断部門の最優秀正解者です。消化器外科の田中慶太郎副院長は、国際学会で海外の医師の指導を務める大腸手術の専門家です。呼吸器外科、整形外科、循環器科、消化器内科、泌尿器科、集中治療科にもトップレベルの医師たちが揃っていますが、ここでは腎臓内科のLTEP projectを紹介します。腎機能は加齢によって低下しますが、低下のスピードは人によって異なります。腎障害の指標はeGFR値ですが、当院腎臓内科の中澤純部長は単体のeGFR値ではなく、長期の推移をプロット（long term eGFR plot：LTEP）することで、被検者が何年後に人工透析になるかを予測できることを発見しました。そこで、検診受診者のLTEPから将来の人工透析のハイリスク者を選びだし、早期に治療介入して人工透析を回避する取り組みを始めました。滋賀県では毎年約70人が人工透析になり、一人当たり年間500万円、総計で3億円くらいの公費が投入されています。LTEP projectは論文になっただけではなく、『日経メディカル』などの雑誌でも取り上げられました。

日本の医療制度の課題

●診療現場のコンセプト

ここからは蛇足になりますが、一人の勤務医の立場からみた日本の医療事情について私見をお話したいと思います。まず、日本の医療の根底には「すべての患者さんには最高の医療を受ける権利がある」というコンセプトがあると思います。当たり前だと思われるかもしれませんが、実際には医療資源、すなわちお金や人は有限なので、この理想を実現することは困難です。

もう一つ、「自分の患者さんに何かあったら、医師はいつでも駆けつけるべき」というコンセプトもあります。多くの医師たちにとっては当たり前の考え方ですが、医師の働き方改革には障壁になるかもしれません。

●日本の勤務医事情

日本の医療の特徴の一つは、スペシャリスト、

いわゆる専門医が多いことです。例えば脳神経外科なら8000人近い専門医がおり、この数は人口割にして欧米諸国の数10倍にあたります。その一方で、ジェネラリスト、総合的に患者を診る医者は少ないと思います。病院はスペシャリストの集合体ですが、高齢の患者さんの多くは多岐にわたる疾患を抱えておられるので、超高齢化社会の日本では、病院にももっとジェネラリストが必要だと思っています。

主治医制度はもう一つの特徴です。患者管理のすべての責任を主治医が負うことになるので、主治医が24時間病院から離れられないことは日常的なことです。主治医は、検査や治療のあらゆる段階で説明責任を果たし、同意書を得ることが求められているので、事務作業も膨大です。

先に述べたように、大学医局制度も日本特有のもので、大学医局は市中病院の医師たちの人事権を握っているだけでなく、学会を主導しています。学会は専門医資格とリンクした臨床教育プログラムをコントロールし、病院の施設基準を決めています。

医療は高度化・専門化・細分化していて、一つの病院ですべてを診ることはできません。日本では医師の絶対数が足りないだけでなく、地域や診療科が偏在しています。

超高齢化社会を迎えて、自活できない高齢者が増えています。確かに日本の健康寿命は高いのですが、非健康寿命も高いので、そういう人たちを社会全体で支えなければならぬのが現状です。国民皆保険制度は優れた制度ですが、限られた医療資源の中で、誰もが最高の治療を要求してよいのか？という問題はあります。総じて、日本の治療費は非常に安価です。米国で手術を受けると日本の倍の費用がかかります。

日本では患者さんが好きな病院を選んで受診できますが、海外ではそうはいきません。日本の救急車は無料なので、タクシー代わりに使う軽症患者もいますが、救急車を1台走らせるたびに4万円以上の公金が使われています。

日本の患者さんは、権利意識が高すぎるのかもしれない。ちょっと頭を打っただけでも、至れ

り尽くせりの扱いを受けないと怒り出す人さえいます。「患者様」などという言い方がありますが、私はこれは行き過ぎだと思っています。

●日本の病院事情

日本の病院数は世界一、ベッド数も世界一です。ただし、80%がプライベートの病院で、70%は中小規模です。経営母体の異なる多数の中小病院が連携して、共同で公益的な仕事をするのは難しくなります。これは、今回のコロナ禍で日本で起こっていたことです。

一方、高価な診療機器、例えば、MRIやCTなどは小さな病院にも設置されています。どの病院を受診してもすぐ検査してもらえることはメリットですが、すべての検査に公金が投入されていることは、あまり意識されていません。

病院は毎日当直医師を置く必要があります。例えば、市内に20の病院があるとすれば、20の病院すべてが毎日当直を置いているわけです。医療圏全体という視点では、医療資源の利用効率が良いとは思えません。

●フランスの脳神経外科医事情

フランスで働いていた同僚によれば、医師も年間5週間の休暇を取ることが義務付けられているそうです。主治医制はなく、担当医が毎日変わります。事務作業は秘書が行うので、医師は診療に専念します。

パリには大きな病院が6施設あり、輪番で救急診療を担当しているそうです。例えば月曜日の救急患者はすべてその日の当番の病院に搬送され、他の病院には運ばれません。当番にあたった病院の医師は多数の救急患者さんを診ますが、当直回数は減りますし、一晩の患者数が少なくても多くても、救急担当医が寝られないことには変わりはありません。フランスの脳外科専門医の数は人口割にして日本の10分の1以下ですから、医師一人当たりの手術件数は多くなります。日本には8000人の脳外科専門医がいますが、欧米の専門医と同じレベルの手術件数をこなす医師はごく少数です。

一方で、患者さんはかかりつけ医の診察を受け

てから専門医に紹介されるので、MRIなどの検査まで数か月以上かかることもあります。救急は例外なので、救急室には多数の患者さんが何時間も待機しています。もちろん救急車は有料です。日本では95歳の寝たきり患者さんでもICUに入っていますが、スウェーデンでは高齢の患者さんはICUに入れないといいます。市民が医療資源が有限であることを認識して割り切っているのか、諦めているのかはわかりません。

●働き方改革時代に向けて

大前提として、医療者も国民も、患者さんの診療が他の人たちの税金で賄われていること、医療資源は有限であり、無制限に100%の診療を受けられるわけではないことを認識する必要はあると思います。その上で、日本の国情に即した効率的な医療システムを考えるべきなのでしょうが、どんな改革をしても、何らかの既得権益を壊すことになると思います。

例えば解決策の一つは、地域の病院を集約統合して大きなメディカルセンターをつくることだと思いますが、経営母体や大学医局の違いは大きな

障壁になります。また、主治医制度をやめて当番制にすれば個々の医師の負担は減りますが、医療安全上のリスクに加えて、医療者側、患者さん側の双方に心理的な抵抗があると思います。いくつかの病院が連携する輪番制の救急診療はまだ可能かもしれませんが、やはり簡単ではないでしょう。資格だけの専門医ではなく、有能なジェネラリストを育てることは、高齢化社会の喫緊の課題だと思います。これからどんなふうになるにしても、医療は医療者が使命感を持たないと仕事になりません。そこだけは変わらないと思っています。

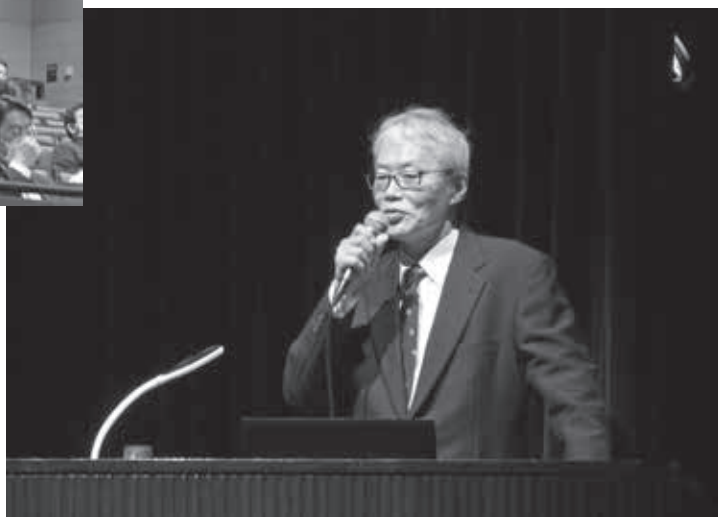
質疑応答

質問 ドクターが大量に退職して、病院の職員は相当不安だったと思いますが、先生はどのような言葉をかけて皆さんのモチベーションを高めたのでしょうか。

日野 着任の前夜に全職員にメッセージを送りました。詳細は病院のホームページをご覧いただければと思いますが、99%以上の職員は、騒動とは全く関係がありません。一言で言うと、医療者の最優先事項は、目の前の患者さんを全力で診療することです。私も体を張りますから、一緒に頑張らしましょう、ということでした。



日野院長に質問する聴講者



会場からの質問に答える日野院長