

# 東京都病院協会 会報

東京都病院協会  
医療共済制度 引受保険会社

MetLife<sup>SM</sup>  
メットライフ生命

2016年(平成28年)3月24日

第227号

毎月1回 定価200円(会員購読料は会費含む)

発行所：一般社団法人東京都病院協会／発行人：河北博文 〒100-0003 千代田区一ツ橋 1-2-2 住友商事竹橋ビル 12階  
TEL:03-5217-0896 / FAX:03-5217-0898 / URL : http://www.tmha.net / E-mail : tmha@mri.biglobe.ne.jp

## 第11回東京都病院学会

### 史上最多の734人が 参加し盛大に開催

2016年  
2月28日(日)

第11回東京都病院学会が2月28日、アルカデア市ヶ谷で開催された。参加者は過去最高となった前回を約100人上回る734人に達し、9会場で143演題が発表された。

第一会場では午前中に河北博文・日本医療機能評価機構副理事長兼専務理事、東京都病院協会会長による基調講演と山口武兼・学会長による学会長講演(2面より要旨掲載)、午後からは稲葉一人・中京大学法科大学院教授による特別講演「医療事故調査制度を巡る、法と倫理の交錯」、真野俊樹・多摩大学大学院教授による特別講演「海

外の病院事情と高齢化対策」、シンポジウム「2025年の医療改革に向けて」が行われた。

このほかにも急性期委員会企画「テロに備えて」2020年東京オリンピックへの準備のために、事務管理部会セッション「医療機関におけるストレスチェックへの取り組み」、環境問題検討委員会セッション「生物多様性とスローフード」、看護管理部会セッション「一緒に考えよう『理想の看護師』」など、近年、医療界内外で話題となっているテーマが並び、各会場では活発な議論が交わされた。

## 基調講演

### 医療機能評価の目指すもの

河北博文

日本医療機能評価機構  
副理事長兼専務理事  
東京都病院協会会長

#### 「病院機能評価」の源流は

1910年代のE・コッドマン

今日の「病院機能評価」の源流はアーネスト・コッドマン(1869~1940年)にたどることが出来る。1910年、外科手術患者の退院後の追跡を行い、診療の質を結果によって評価するシステム(End-Results system of hospital standardization)



河北博文

を考案したことで知られる人物だ。その萌芽は彼がハーバード大学の医

## 年会費改定のご案内

東京都病院協会では平成13年以来、年会費を据え置いてまいりましたが、事務所移転に伴う賃料の高騰など諸般の事情により、平成28年度分から会費を改定する予定です。3月15日の理事会において新会費を96,000円とする案が可決されており、6月21日の平成28年度定時総会にて審議されます。

従いまして、平成28年度の会費のご請求は、6月の総会后となりますが、会員各位にとりまして重要な事項ですので、事前にお知らせする次第です。

当協会は、東京都地域医療構想に対応するために本年4月に「構想区域会議」を開催する等、活動を一層充実してまいる所存ですので、何とぞご理解賜りますよう、お願い申し上げます。

一般社団法人東京都病院協会

学部学生だった頃からあったようだ。コッドマンは患者に大きな負担をかける当時の麻酔技術を目の当たりにし、質の向上を図ることを思い立つ。そこで同期の学生とともに提唱したのが「麻酔記録」だった。記録の蓄積は物事の改善につながる可能性があるとの考えからだ。

その後、外科医になり病院に勤務するのだが、ある日「自分の医療は本当に患者さんにとって適正なのか。独善的に判断せず、誰か別の人に評価してもらおうべきではないか」と考え、同僚の外科医に自分の手術が適正かどうか評価してほしいと持ちかけた。これに対して周囲の医師は誰一人として「それは良い試みだ」と言わず、「とんでもないことだ」と考えた。もしコッドマンの手術を自分たちが評価すれば、遠からず自分たちの手術も誰かが評価することになるからだ。賛成どころか

大反対にあり、結局、コッドマンはその病院にいたことができなくなってしまう。ただコッドマンはあきらめず、その病院の向かいに「End-Results Hospital」という名の新病院を自分で設立し、信念を貫き通すのである。ここで注目していただきたいのは、自分が行う診療に関して、同僚の外科医、専門性の高い人に第三者に評価してほしいと医師が自ら言い出したことが、医療の質の評価の原点になっていることである。

#### 60年代、公的医療制度の導入を機に第三者評価の受審が確立

コッドマンの主張は徐々にアメリカの医療界に浸透していき、1951年にアメリカの外科学会、内科学会、医師会、病院協会とカナダの病院協会が協力してJCAH (Joint Commission on Accreditation of Hospitals)

87年に現在のJCAHO(Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations)に改名)を設立した。「Joint」には、多くの分野の人たちが集まって医療の質を向上させようという思いが込められていると言えよう。

評価項目は「ミニマム・スタンダード」と称し、最低限度のものを確認することが主眼に置かれ、内容は「自主性」「専門性」「客観性」の3領域で構成されていた。

65年に大きな転機が訪れる。リンドン・ジョンソン大統領の政権下でメディケア(高齢者向け公的保険医療制度)、メディケイド(低所得者向け公的保険医療制度)が導入されたのだ。これによって医療の需要が急増するのだが、受け皿となる医療機関の質が問われるようになり、「第三者評価」が注目された。その結果、ほとんどの医療機関がJCAHOの認定を受けることになった。現在、アメリカには四千数百の病院があるが、そのうちの86~87%の病院がJCAHOの認定を受けている。この認定を受けないとメディケア、メディケイドの患者を受け入れられないという認識が定着しているのだ。

これを受けて評価項目も見直され、それまでの「ミニマム・スタンダード」から「オプティマル(適正な)・スタンダード」に移行し、制度の健全運営に役立てることになった。さらにサーベイヤーのスキル向上にも取り組んだ。それぞれの医療機関はサーベイヤーの助言をもとに院内改革に取り組んでいる。

このことからわかるように、「医療の質」を考えるうえで、医療の社

会的位置づけも踏まえなければならぬのだ。

### 日本では70年代中頃に議論始まり 95年に医療機能評価機構が設立

日本では1970年代半ば、「病院とは何か」を議論しようという武見太郎先生の提唱のもと、日本医師会を中心に病院委員会が設置され、ここで「病院機能評価」という言葉が生まれた。85年に日本医師会と厚生省が合同委員会を立ち上げ、病院の機能、医療の質に関する議論が本格化した。私も参画し、東京大学教授だった郡司篤晃先生、厚生省病院管理研究所医療管理部長を務めていた岩崎榮先生といった方々とともに病院の機能評価の内容について検討したが、この時に郡司先生が指摘した2つのことをよく覚えてい

一つは「医療の質の評価は医療人のノルマ」「ノルマ」とは自分たちの責任であって、他人に言われて取り組むようなことではないという意味である。もう一つは「事業ではなくムーブメントにしなければならない」であった。つまり、「皆で取り組む」ということである。

87年、東京都私立病院会に青年部会を設置し、病院医療の質を検討するJCAHO研究会を発足。会員同士の病院を見学しながら意見を述べていく取り組みを始めた。この活動に全国の病院が参加するようになり、90年、京都大学総長を務めた岡本道雄先生を初代会長に迎えて「医療の質に関する研究会」を立ち上げた。

病院の評価項目に関する議論も進んだ。アメリカのJCAHOの項目を参考にしながら日本の病院の実情を踏ま

えたものにし、それに加えてサーベイ(訪問審査)の調査員の育成にも着手した。これが原型となり、95年、日本医療機能評価機構が誕生するのである。

### 医療法に書かれた「組織として運営」の想起

医療の質を私なりに定義すると、「必要な医療が適切に得られること」ということだと考えている。それを確認するには①個々の診療が患者個人にとって最適であるかどうかの検証、②社会が納得・保持しうる医療(倫理と経済)、③中立的第三者による科学性、客観性評価、④内在する課題(ノルマ)、⑤効果・満足・安全・効率・普及——が重要である。

こうした観点も踏まえつつ、日本医療機能評価機構は現在、病院機能評価事業のほか、認定病院患者安全推進事業、産科医療補償制度運営事業、EBM医療情報事業(Minds)、医療事故情報収集等事業、薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業を行っている。

病院機能評価での各項目の評点はS、A、B、Cの4段階で評価しており、「S」は「地域医療のなかでモデルになる」レベルを示す。14年度中に受審した病院は493施設あるが、S評価を1つ以上取得した病院は306施設あった。ぜひ、受審にあたってはS評価をめざしていただきたい。これは病院の特徴にもなるだろう。詳細は「病院機能評価データブック平成26年度版」に掲載されており、地域で特徴的な活動を展開している事例なども紹介しているので、お目通しいただきたい。

現在、受審申し込みにあたっては病院の役割・機能に応じて機能種別を「一般病院1」「一般病院2」「リハビリテーション病院」「慢性期病院」「精神科病院」「緩和ケア病院」の6つから選択することになっているが、今後、「一般病院3」を設ける予定だ。「1」が日常生活圏などで地域医療を支える中小規模病院、「同2」が「二次医療圏など比較的広い地域で急性期医療を中心に地域医療を支える基幹的病院」を指すのに対して、「同3」は大学病院などを中心とした特定機能病院のガバナンスの確認を想定している。

「病院機能評価」を考えるうえで、「医療法」の再読をお勧めしたい。そこで病院について明確に定義しているからだ。「病院は、傷病者が、科学的でかつ適正な診療を受けることができる便宜を与えることを主たる目的として組織され、かつ、運営されるものでなければならぬ」(医療法第1条の5)と明記されている。皆さんの病院が組織体として、どう運営されているか、ガバナンスができていのかを、確認いただきたい。それがあつてはじめて、医療の質の向上を図ることができると思う。

### 学会長講演

## 医療の質の向上を目指して — 2025年の医療改革に向けて —

山口武兼 第11回東京都病院学会学会長



山口武兼

ていくにはガバナンスがきわめて重要であるからだ。

病院の稼働状況は、病床が423床(許可病床は470床)、外来は600人程度。患者は板橋区内からで50%、二次医療圏内からで90%を占めている。居住地を調べてみると、だいたい東武東上線沿線から多く来ていることがわかる。職員は521人。ヘリポートも設置しており、災害医療に活用できるようにしている。

当院の運営母体である東京都保健医療公社は東京都病院経営本部の管理団体で、1988年に設立された。90年から東部地域病院、93年から多摩南部地域病院を運営していたが、2001年の都立病院改革マスタープランに沿

### 大型病院が林立する「激戦区」で 医療の質の向上を図る

豊島病院は2009年、都立病院から公社病院に移行したが、その変遷についてガバナンス強化の取り組みを中心に話してみたい。医療の質の向上は患者満足度、職員満足度を高めながら進めていく必要がある、それを継続し

つて多摩南部地域病院、大久保病院、多摩北部医療センター、荏原病院、豊島病院が都から公社に移管され、現在はがん検診センターを含め7施設を運営している。病床数は3000〜5000床規模の病院が多い。

豊島病院の所在する区西北部医療圏の人口は192万人と多いが、医療資源も豊富な「病院激戦区」でもある。大規模病院だけでも公立・公的病院では当院のすぐ隣の東京都健康長寿医療センターと都立大塚病院。日本大学、帝京大学と2つの大学附属病院があり、民間では板橋中央総合病院の系列病院が4施設、地域医療振興協会の東北医療センター、練馬光が丘病院もある。一方で患者の3分の1は圏域外で受療しているというデータもある。

「経営意識」「理念徹底」を軸に  
院内体制の強化に着手

こうした厳しい経営環境下での運営を迫られていたが、院内体制はとも盤石とは言えなかった。都立病院改革マスタープランのもと運営母体が変わり、健康長寿医療センターとの合併が検討されるなど病院の方向性が定まらない一方で、2004年に新医師臨床研修制度が開始され、06年度診療報酬改定で新設された7対1入院基本料によって「看護師争奪戦」が誘発された。職員モチベーションも上がりにくく、医師数の割に患者数が少ない状況が続く。救急搬送患者の受け入れでも、たとえば消化器内科の医師が呼吸器疾患の患者を「専門外だから」という理由で断ることもあった。

09年4月に院長に就任した私はこの状況を打開したいと考えたのだが、そ

の際に非常に参考になったのが、経営者であるピーター・ドラッカーの「利益追求は目的ではなく事業永続への条件である」という言葉である。都立病院時代は「お金儲けに走ってはいけない」を口実に経営意識が希薄で、「行政医療なので赤字は仕方がない」という空気があったことも否めない。それでは病院の存続自体が危ぶまれる。当院は民間機関である。自分たちで稼がなければ病院は継続できない」と訴えた。松坂市民病院から世古口務氏を招いた講演会を開いて意識喚起を図り、診療報酬も提供した医療に対して算定できるものはしっかりと算定するという姿勢を事務はもちろん医師にも持つよう促した。余剰人員も整理し、看護師確保にも注力。経費節減にも取り組んだ。

もう一つ重視したのが、理念の徹底であるが、ここでも感銘を受けた言葉がある。私は08年、副院長だった頃に東京都病院協会の「経営塾」に参加したのだが、第一回目の講義で河北博文会長が「病院の理念に従えない者は去るべきである」と喝破していたのをよく覚えている。職員を確保するだけで四苦八苦していた私にとって目の覚めるような一言だったが、理念とはそのくらい重要であることに改めて気づかされた。

院長就任から10カ月後の10年2月に病院機能評価を受けることになったので、その準備期間を活用することにした。機能評価でも「理念の徹底」を重視していたので、皆でどういう方向に進むべきかをかなり議論し、会合のたびに議論を持ちかけもした。「2025年における豊島病院のあり

たい姿」を検討するプロジェクトチームを立ち上げ、他院見学や戦略マップの作成などにも着手した。

「たすき」を次に渡すためにも  
院内改革にさらなる磨きを

このような形で改革に取り組み、経営状況は劇的に改善した。2014年度の数字を見ると、入院単価は08年比で約1.5万円増の5万円台に乗り、平均在院日数は同約5日減の10.9日、救急搬送受入れ件数は同1300件増の4309件。病床稼働率は10〜11年で2病棟を開けたにもかかわらず13年度は85.2%。14年度は在院日数短縮もあり、若干低下した。

医療の質の向上については日本病協会のQI活動に参加しているが、臨床指標を実際の質向上に結びつける点では、まだまだ課題がある。16年度は委員会を設けて具体的な質向上に結びつける取り組みを進める予定だ。

並行して進めているのが人材育成と職員満足度の追求である。14年には「ワールドカフェ」というイベントを開催した。「知恵や知識は、人々がオープンに会話をし、自由にネットワークを築くことのできる『カフェ』のような空間でこそ創発される」という考えに基づいた話し合いの手法で、入職1年目の職員が先輩の職員を含めて、あるテーマを一緒に議論した。評判は上々で今まで顔を合わせたことのない職員同士でコミュニケーションがとれたとの声を聞いている。仲間意識も向上して離職率も下がっており、こうした雰囲気づくりが一役買っているものと思う。

11年3月11日の東日本大震災発生

時、院内の変化を実感できる報告を聞いた。当院の立地上、帰宅困難者への対応をはじめかなりの混乱が予想されたが、この時、医師から看護師に対して「絶対に患者の受け入れを断らないように」という指示があったという。医療者の姿勢の変化に、確かな手ごたえを感じた。

私は7年弱、院長を務めてきたが、民間病院の理事長・院長がマラソンラ

ンナーであるのに対し、公立病院の院長というのは駅伝に近いイメージを持っている。民間病院の理事長・院長が一人で走りきるのに対し、公立病院の院長は「たすき」をつないでいくからだ。その意味では、私の仕事は自分の任期を務めあげるといっただけでなく、次の院長がフルに力を発揮できるように病院の状態を良くしておく覚悟も必要だと考えている。

慢性期医療委員会  
講演会

療養病床のこれからの在り方について

池端幸彦氏  
日本慢性期医療協会副会長  
福井県医師会副会長  
医療法人池慶会池端病院理事長



池端幸彦氏

地域医療構想には  
「傍観」許されない

慢性期医療委員会は2月17日、日本慢性期医療協会副会長を務める医療法人池慶会池端病院の池端幸彦理事長を講師に招き、「療養病床のこれからの在り方について」療養病床在り方検討会&平成28年度診療報酬改定の方向性を見据えてのテーマで講演会を開催した。

池端理事長は地域医療構想での医療機能の分け方において慢性期機能と在

宅医療等が「明確に区分けせず、グレーゾーンになって説明されている」ことを指摘した。慢性期病床の推計については「長期に何らかの医療を受けている方々」全体を推計しつつ、そのうち、「慢性期機能の病床で対応すべき部分を算定」という形で示されている。

地域医療構想「実施」のプロセスについては、①構想区域内の医療機関の自主的な取り組み、②地域医療構想調整会議等を活用した医療機関相互の協議、③地域医療介護総合確保基金の活用、④実現に向けた取り組みとPDCA—が示されているが、池端理事長はこの作業を進める過程では「人口動態、受療行動、機能分化の3つのうち、受療行動がどう変わるかによって取り組み内容は変わってくる」と説明した。「病床の召し上げ」は、少なくとも民間病院に関しては「拙速は避けるべきだが、傍観

は許されない」とも述べた。  
医療外付けや内付けの「新類型」は  
頓挫させることはできない

さらに「療養病床の在り方等に関する  
検討会」での議論についても紹介し  
た。同検討会は25対1医療療養病床と  
介護療養型医療施設を中心に議論が進  
められ、「医療内包型」施設としての  
2類型と、「医療を外から提供する居  
住スペースと医療機関の併設型」の計

3つの新類型が提示されている。  
2011年度末の廃止が17年度末まで  
延長された介護病床は、廃止の再延長  
はないという前提で議論は始まったも  
のの、介護報酬で「療養機能強化型介  
護療養型医療施設」が新設されるなど、  
機能そのものは不可欠という認識は厚  
労省も含め委員の共通理解としてあつ  
た点を強調した。  
ただ、同検討会には保険者代表がい  
なかつたこともあり、具体的な要件設

定、とくに料金体系までは議論が及ん  
でいない。池端理事長は「今のタイム  
スケジュールでは18年度診療報酬・介  
護報酬同時改定に間に合わせるのが大  
変だが、患者の受け入れ先確保のため  
にも頓挫させることはできない」と強  
調した。  
医療療養病床が急激に  
減ることはない  
2016年度診療報酬改定における

### 私の医道

福井光壽  
元東京都医師会会長

今年3月、新しい  
東京都医師会館が竣  
工し、6月には新会  
館での業務を開始す  
る予定だ。敷地を最  
大限に活用し、災害  
医療活動の指令拠点  
にもなるという。関係各位のご尽力に  
あらためて謝意を述べたい。

その前身となる旧・東京都医師会館  
の運営には私も深くかわつたいきざ  
つがある。  
平成元年、私が会長に就任した際は  
東京都医師会が御茶ノ水の  
東京都がん検診センター  
(地下3階、地上6階)の  
うち5階を区分所有していた。ところ  
が年々会員が増加し、手狭になつて  
いたこともあり、医師会館設立は長年の  
懸案事項となつてきた。

は目と目を合わせるのが当然と思つて  
いたので、なんとも居心地の悪さを感じ  
ていた。羽田春兔会長時代の日本  
医師会が御茶ノ水から駒込に移転した  
際、隣接地に来てはと勧められたが資  
金不足で断念し、昭和57年には松永努  
先生が都医会会長の時に大久保病院と  
もに新宿の健康推進財団の建物に入る  
交渉が始まつていたのだが、建物の管  
理が東京都から銀行に移ると賃料が高  
くなり、こちらも諦めざるを得なかつ

#### 第9回

### 東京都医師会会館の運営

私が会長に就任した後、飯田橋駅に  
隣接する都所有の建物に1フロアに入  
る話も出たが、すでにそのフロアには  
多くの事務所が入つており、移転にか  
かる手間や費用を考え合わせると実現  
の見込みは薄く、やはり都医発祥の地  
である御茶ノ水、現在の都がん検診セ  
ンターしかないかと判断した。

その頃、ちょうど東京都知事選挙が  
あり、都医が応援していた鈴木俊一知  
事が圧勝、鈴木知事は都医との協力に  
関してたいへん理解があつたこともあ

り、行政と都医の連絡調整役を配置し  
てくれた。初代担当者が赤星経昭氏、  
後任が山口剛氏、その次が広田正志氏  
である。  
都医側では小泉乙也、安藤昭四郎両  
副会長が奮闘し、会館建設検討委員長  
を務めた尾曾越秀、横山巖向先生のご  
助力、私に一任してくれた代議員会、  
地区医師会会長のご理解もありがた  
かつた。

結果として4階を借りられることに  
なり、家賃も安価に設定できたが、こ  
れは赤星氏の手配によるものだ。4階  
では部屋を4つに区切って各  
委員会を開催し、会長協議会  
などではこの隔壁を収納し、  
大円卓で互いに目と目を合わせて協議  
できるようになった。

その後、平成12年4月に東京都より  
土地と建物を購入、「東京都医師会館」  
と銘打つことになり、15年4月、東京  
都がん検診センターの移転に伴い、施  
設を全面改修してすべて都医が使用す  
ることになった。

真の念願は新会館の建設で、資金調  
達も含めて青写真も描いたのだが、諸  
事情で頓挫してしまつた。それが今  
回、とうとう実現するのだ。私の感慨  
もご理解いただけると思う。

慢性期医療に関する解説では、「今回  
の改定での本当のねらいは7対1病床  
であり、療養病床ではなかつた。この  
ため医療療養病床が急激に減ること  
はないだろう」との見方を示した。  
また「療養病床入院基本料2」にお  
ける医療区分2、3の患者の割合を50  
%とする要件が設けられたことに言  
及。議論の過程で厚労省が提示した資  
料では「入院基本料2」病床では区  
分2、3の患者の割合が平均で約60%  
だつたことから、当初は要件となる患  
者割合を60%とする案も出たが、「平  
均以下の病院も多く、安易な切り捨て  
は現場に混乱をもたらす」と主張して  
50%に落ち着いた経緯を紹介した。

さらに「療養病床の医療区分のきめ  
細かな評価」で酸素療法の実施状態、  
頻回の血糖検査の実施状態、うつ症状  
に対する治療の実施状態について見直  
しが行われたが、これ以外にもIVHや  
院内発生の褥瘡なども検討項目に挙が  
つたことに触れた。

池端理事長は「在宅復帰を目指す病  
院に必要なもの」として「信頼できる  
かかりつけ医」「信頼できるケアマネ  
ジャー」「頼りになる地域包括支援セ  
ンター」を「三種の神器」として挙げ、  
さらに在宅を含めた慢性期医療に必要  
な①在宅復帰・在宅医療支援機能、②  
リハビリテーション機能、③終末期医  
療機能——の3つの機能の重要性を強  
調した。

またそれらの機能に加えて、一連の  
訪問系・通所系・居宅介護支援サービ  
ス等を「パッケージ化」して急性期医  
療機関に提示することで、退院患者の  
受け皿機能を果たす病院としてアピ  
ルできると呼びかけた。

最新補助金情報のお知らせ

ENELOGEE・フロンティア TOKYO GAS

今がチャンス! 補助金最大1/2 空調改修にも最適な補助金です!

節電&省エネ・省コストシステムの導入を東京ガスグループがお手伝い致します。

中小事業所熱電エネルギーマネジメント支援事業(対象:病院[200床未満]・福祉施設)

●お問い合わせは  
東京ガス株式会社 都市エネルギー事業部 公益営業部 東京都港区海岸1-5-20 TEL.03(5400)7735(ダイヤルイン) <http://eee.tokyo-gas.co.jp/product/index.html>