



全日病 NEWS 6/1

発行所/社団法人全日本病院協会
発行人/西澤寛俊
〒101-8378 東京都千代田区三崎町
3-7-12 清話ビル
TEL (03)3234-5165
FAX (03)3234-5206

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION NO.733 2010/6/1 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

全日病の会員数2,300を超える!

2003年以降一貫して増加。委員会と支部活動の成果

全日本病院協会の会員数が2,300名を超えた。5月15日に開かれた第1回理事会・第2回常任理事会は4月に入会を申し込んだ10名の入会を承認。その結果、会員数は2,305名に達した。

1960年4月に「全国病院の大同団結」をスローガンに小澤凱夫初代会長ほかの先達が結成した全日病は、この4月に満50年を迎えた。半世紀の歴史で、1970年代前半と80年代半ばの2度にわたり2,100名を超える時期があったが、組織と事業の歯車がかみ合わず、ピーク後の会員数は大きく減退した。

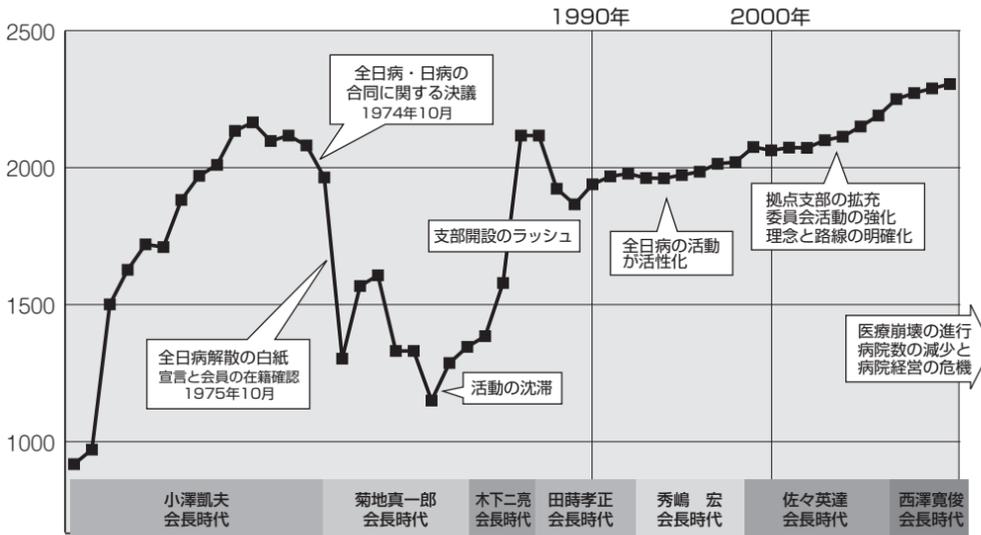
しかし、現在の全日病は、委員会と支部を基礎にした組織活動、データ(現状分析)と医療将来構想にもとづいた提言路線が強固にかみ合い、2003年以降会員数は一貫して増加をたどり、盤石かつ過去最高の結集をもって、明年1月の50周年記念行事を迎えようとしている。

2,000名を超えた1997年から13年かけて300名余の増加を得るといふ、病院協会として長く地道な道のりであったが、それは、医療費の抑制が実行に移され、病院と病床の数が減少に転じる一方で、ますます病院医療の重要性が増した時代に、地域医療を支える中小ほか民間病院の灯を燃やし続けた結果であった。

会員数2,305名を達成した5月15日の理事会・常任理事会で、西澤寛俊会長は、「平成5年頃まで会員数は2,000を切っ

ていた。この15年間で病院数は9,300から8,700まで減っているが、本会は300数十増えたことになる。病院にとって厳しい時代に大変うれしなことだが、これも役員先生方の協力の賜物である。これからも会員増強に取り組んでいきたい」と、引き続き組織強化に取り組んでいく決意を表明した。

第1回理事会・第2回常任理事会で承認された「2009年度事業報告案」は、会員数の順調な増加について「各支部や委



▲全日病50年の会員数推移

員会の積極的活動の成果である」と総括し、積極的活動の証左として12の委員会を取り上げ、その事業を列挙している。委員会活動としては調査研究とともに研修会や講習会も豊富に実施され、今や全日病の特色となっている。近年は、支部によるブロック研修会を含む教育活動を介した入会が顕著だ。

さらに、昨年から今年にかけて、多くの入会者を獲得したのがDPC分析事業である。MEDI-TARGETを駆使したDPCデータの分析にもとづく自院経営分析とベンチマークに対する病院界の評価は高く、今や医療界でも数少ないこともあり、急性期大病院さらには自治体ほかの公的病院の入会が続いている。

全日病総研 初の研究報告「ホスピタルフィーのあり方」が完成



▲全日病総研の研究報告を受ける第1回理事会 (5月15日)

全日病総研初めての研究報告がこのほど完成した。2009年度の研究事業として長谷川友紀東邦大学医学部教授を中心とまとめられたもの。「ホスピタルフィーのあり方について

(報告)」と題し、19疾患に関する米国、豪州、日本の包括評価コストデータの比較を試みている。

長谷川教授は5月15日の第1回理事会・第2回常任理事会に、その概要を報告した。研究報告はA4判で60頁。全日病総研の運営会議(徳田禎久委員長)は6月早々にも研究報告を、ホームペ

ージ等で公表する予定だ。「ホスピタルフィーのあり方について」は、①診療報酬の考察、②米国におけるホスピタルフィーの考察、③日本と海外のコストデータ(19疾患)の比較検討、④日本の代表的病院における費用モデルの考察、⑤自治体病院における費用試算額と診療収入との関係、⑥全日病会員病院の患者1人1日費用の試算・分析と比較、などからなる。(研究報告の概要は次号に掲載)

「自院機能に必要な医師」の不足数を調査

必要医師数実態調査 都道府県が全病院対象に実施。現員数も記入、「医療監視には使わない」

厚労省医政局は、4月に公表した「組織目標」で明らかにした医師不足実態調査の詳細を、5月26日の四病協総合部会で明らかにした。「必要医師数実態調査」と題し、各都道府県の手で全病院(約8,800)と分娩取り扱い診療所を対象に6月に実施、6月1日現在の「必要医師数」を記入してもらう。

同調査は、「地域医療で、自院が担うべき診療機能を維持するために確保しなければならない医師数」と「必要医師数」を定義、「病床数の増など」事業拡張を想定しない、現下の医療機能を円滑に遂行する上で確保すべき医師数を、地域別、診療科別に把握することが目的としている。

そのため、調査票では、「必要医師数」を、①必要求人医師数(担うべき診療機能を維持するために確保すべき医師数のうち、求人活動によっても充足されていない医師数)、②必要非求人医師数(前出同様に確保すべき医師数のうち、求人していない医師数)とに分け、診療科ごとに、正規雇用、短時間正規雇用、非常勤と勤務形態別に、その数を記入してもらう。

同調査は、さらに、現員医師数についても、勤務形態別に、週当たりの勤務日数・時間等の記入欄を設けている。こ

れについて、医政局の担当官は「本調査の結果は立入検査(いわゆる医療監視)には使用しない」と明言したが、調査用紙にもその旨が明記されている。

調査結果は政府による医師確保対策の基礎資料となるが、都道府県に実施を委託、その集計報告にもとづいて全国

集計を行なうことによって、得られたデータは各都道府県の対策にも供される。全国共通の様式にもとづく調査だけに隣接県との比較が可能となり、各都道府県はより連携した医師確保対策に向かうものと、同省は期待している。調査票には自由記載の欄があり、医

師確保の成功事例とともに、医師不足に苦しむ実態を書きこむことができる。

不足している医師数の実態を調べる全国調査は初めて。それだけに厚労省は回収率が低い可能性を想定、その場合には「未回答の病院に各都道府県から督促が行くこともある」と、異例の態勢で調査に臨むことを強調している。

厚労省は8月内にも調査結果の概要をまとめ、必要な施策は概算要求に反映させる考えだが、詳細な結果は年末を見込んでいる。

医療法人制度改革の成果と問題点を調査

四病協 全医療法人(病院)が対象。医療法改正や税制改正要望の資料に活用

四病院団体協議会(四病協)は、病院を開設する全医療法人を対象に「医療法人の現状と課題に関するアンケート調査」を6月に実施する。5月26日の四病協総合部会で決定した。

調査は厚労省医政局指導課の依頼にもとづくもの。同省は、一人医療法人を対象に同様の調査を予定しており、日本医師会にその実施を依頼している。

厚労省は、調査結果を、医療法人制度改革から丸4年過ぎた法人類型の実態や持ち分なし医療法人への移行を促す上での問題点を把握し、来るべき第6次医療法改正を構成する制度改革の内容を設計上で役立てたいとしてい

る。一方、四病協側も、持ち分なしへ移行する上での障害を課税面を含めて明らかにすることによって、2011年度税制改正など、今後の要望活動に生かしたいと考えている。

全日病においても、医療制度・税制委員会(小松寛治委員長)で、第6次医療法改正に向けて、新医療計画制度とともに医療法人制度改革の検証を試みる作業を始めており、当調査から得られるデータに期待を寄せている。

医療法人の現状と課題に関するアンケートの調査票は、四病協傘下の医療法人(病院)に限らず、全国約7,000の医療法人(病院)に送付される。集計

は四病協(担当・日本医療法人協会)の責任で行なわれ、集計結果は厚労省に報告される。ただし、四病協は、個別の調査票は同省に開示しないとしている。

調査項目は、法人類型、開設病院・診療所の概要、付帯業務、持ち分あり社団の内容、持ち分なしへの移行意思の有無と移行する上での課題、持ち分なし社団の実状と移行時の課題、社会医療法人・特定医療法人・特別医療法人・基金拠出型医療法人の実態、法人会計の状況、などからなる。

四病協は7月いっぱい集計を終えるが、必要に応じて追加調査を行なうことも考えている。

ドキシソルビシン関連の5分類は次改定まで出来高に

中医協総会 2010年の準備病院募集が決定。DPC影響調査は11年度から通年実施

5月26日の中医協総会に、事務局(厚労省保険局医療課)は「2010年度改定における高額医療の取り扱いに関する検討結果」を提示、10年度改定で包括評価とされたドキシソルビシンに関連した5つの診断群分類は、投与の有無にかかわらず、6月1日より出来高算定に戻すという措置をとる方針を表明、了承を得た。

抗がん剤のドキシル注20mg(一般名分類はドキシソルビシン塩酸塩=リポソーム製剤)は、昨年4月に化学療法後に増悪した卵巣がんの適応が追加となり、ルールに従って今改定まで出来高算定として取り扱われ、今改定で、既存の診断群分類に包括されるかたちで見直された。

しかし、今回の検証作業によって、ドキシソルビシンについては、薬剤を投与した場合としない場合とで費用に明確

な乖離が生じていたことが判明。新たな分岐の設定は現場に対する影響が大きいことから、次期改定までの過渡的措置として、ドキシソルビシンの投与が想定される5つの診断群分類すべてを出来高算定とする措置をとることにしたものの。

その他の高額薬剤については、今改定における対応は妥当と判断された。

同日の中医協総会は、事務局が提示した、(1)DPC準備病院について10年度は募集を行なう(次期募集は12年度となる)、(2)10年度のDPC関連調査として、「DPC導入の影響評価の調査」「包括評価の医療サービスに対する影響の調査」「診療報酬請求に関する調査」「新たな機能評価係数に関する調査」「DPCの医療の質の評価に関する調査」を実施する、という方針を了承した。

このうち、基礎調査となる「DPC導入



の影響評価調査」は、今年7月から来年3月までの9ヵ月間の退院・転棟患者に関して実施され、11年度からは通年調査となる。

厚労省が同日、中医協に報告した「主な施設基準の届出状況(各年の7月1日現在)」によると、医師事務作業補助体

制加算の届出は、09年に1,098病院(30万7,268床)に達している。

地域連携診療計画管理料は07年の209病院から09年には613へと、地域連携診療計画退院時指導料は、同じく604病院から1,839病院へとそれぞれ急増している。

20項目が「非必須」から「必須」へ。7項目が追加

DPC評価分科会 「様式1」の項目が固まる。7月の影響調査から実施

5月19日に開かれたDPC評価分科会は、事務局(厚労省保険局医療課)が提示した「様式1」の見直し案を基本的に了承した。

見直しは、分科会の専管事項として基本小委の承認を経ることなく、7月から始まる2010年度DPC影響調査から実施に移される。

見直しによって、09年度の影響調査において「非必須」とされていた、喫煙指数、入院時のADLスコア、退院時のADLスコアほか20項目が「必須」に変更された。

また、新たに患者住所地域の郵便番号、入院時の身長、入院時の体重、入院時modified Rankin Scale、退院時modified Rankin Scale、脳卒中の発症時期、肺炎の重症度分類の7項目が追加された。

一方、褥創ステージNPUAP分類、がんのStage分類、がん患者のPerformance Statusなどの32項目は廃止となった。

同日の議論の結果、事務局案のうち、「退院時意識障害がある場合のJCS」が「必須」に、「退院時GAF尺度」が廃止

へとそれぞれ修正されたが、正式な入力項目と入力条件は精査した上で事務

局が正式に決定、6月上旬にも対象病院に「様式1」書式説明として示される。

□様式1の見直し項目(必須とすべき項目の追加) 5月19日 DPC評価分科会

大項目	小項目	2010年度の入力条件
2 データ属性等	新 患者住所地域の郵便番号	
3 入院情報	11 退院先	内容を追加(老健施設への入所、独居であるか否か)
	14 前回退院年月日	初回入院以外は必須
	15 前回同一疾病で自院入院の有無	初回入院以外は必須
5 手術情報	2 手術名1	廃止(外保連コードが将来整備されるため、入力場所としては空欄として残す)*手術名1~5が同様の扱い
	ICD9-CMコード	
	新 入院時の身長	必須
	新 入院時の体重	必須
	4 喫煙指数	必須
	6 退院時意識障害がある場合のJCS	必須
	7 入院時のADLスコア	必須
	8 退院時のADLスコア	必須
	9 褥創ステージNPUAP分類	廃止
	10 がんの初発、再発	必須(医療資源を最も投入した傷病名が悪性腫瘍に該当する場合は入力)
6 診療情報	11 UICC病期分類(T)	必須(10が初発である場合は入力)
	12 UICC病期分類(N)	必須(10が初発である場合は入力)
	13 UICC病期分類(M)	必須(10が初発である場合は入力)
	14 がんのStage分類	廃止
	15 がん患者のPerformance Status	廃止
	16 脊髄麻痺患者の入院時の重症度	廃止
	新 入院時modified Rankin Scale	必須(医療資源を最も投入した傷病名がMDC01に該当する場合は入力)
	新 退院時modified Rankin Scale	必須(医療資源を最も投入した傷病名がMDC01に該当する場合は入力)
	新 脳卒中の発症時期	必須(医療資源を最も投入した傷病名が010020~010070に該当する場合は入力)
	17 Hugh-Jones分類	必須(医療資源を最も投入した傷病名がMDC04に該当する場合(6歳未満の小児で分類不能な場合は除く)は入力)
	18 心不全のNYHA心機能分類	必須(医療資源を最も投入した傷病名がMDC05に該当する場合は入力)
	19 狭心症、慢性虚血性心疾患(050050)における入院時の重症度:CCS分類入院時における重症度	必須(医療資源を最も投入した傷病名が050050に該当する場合は入力)
	20 急性心筋梗塞(050030、050040)における入院時の重症度:Killip分類入院時における重症度	必須(医療資源を最も投入した傷病名が050030、050040に該当する場合は入力)
	新 肺炎の重症度分類	必須(医療資源を最も投入した傷病名が040070、040080に該当する場合は入力)
	21 肝硬変のChild-Pugh分類	必須(医療資源を最も投入した傷病名が060300に該当する場合は入力)
	22 急性肺炎の重症度分類	必須(医療資源を最も投入した傷病名が060350に該当する場合は入力)
	23 多発性骨髄腫の病期分類	廃止
	24 急性白血病の病期分類(FAB分類)	廃止
	25 非ホジキン病の病期分類	廃止
	27 その他の重症度分類・名称	廃止(病院が独自に使用する場合があります、空欄として残す)
28 その他の重症度分類・分類番号または記号	廃止(病院が独自に使用する場合があります、空欄として残す)	
29 救急カテ実施時間	廃止	
30 救急脳血管障害検査実施時間	廃止	
31 ASA米国麻酔学会による分類	廃止	
32 予定しない再手術(48時間以内)	廃止	
33 予定しない外来処置後の入院	廃止	
34 2日以内のICUへの再入室(48時間以内)	廃止	
35 ICUへの緊急入室	廃止	
37 精神保健福祉法における入院形態	必須(医療資源を最も投入した傷病名がMDC17及び01021xに該当する場合又は精神病床への入院がある場合)	
38 精神保健福祉法に基づく隔離日数	必須(医療資源を最も投入した傷病名がMDC17及び01021xに該当する場合又は精神病床への入院がある場合)	
39 精神保健福祉法に基づく身体拘束日数	必須(医療資源を最も投入した傷病名がMDC17及び01021xに該当する場合又は精神病床への入院がある場合)	
40 入院時GAF尺度	必須(医療資源を最も投入した傷病名がMDC17及び01021xに該当する場合又は精神病床への入院がある場合)	
41 退院時GAF尺度	廃止	
43 外傷の受傷機転	廃止	
44 入院時Glasgow Coma Scale	廃止	
45 入院時収縮期血圧	廃止	
46 入院時呼吸回数	廃止	
47 頭頸部最大AIS	廃止	
48 顔面最大AIS	廃止	
49 胸部最大AIS	廃止	
50 腹部最大AIS	廃止	
51 四肢最大AIS	廃止	
52 体表最大AIS	廃止	



患者住所地から地域カバー率を抽出

地域の病院シェア分析で地方中小病院の役割を評価

5月19日のDPC評価分科会で、松田委員(産業医科大学教授)は、「様式1」から導かれる質に関する評価指標について、伏見班の研究成果を報告した。

松田委員は「様式1」の項目に関連した分析として、①Killip分類やNYHA分類の別から医療資源必要度の違いがみえる(スコアが高いほど重症度が高く、コストをより多く要することが分かる)、②ステージ分類にもとづいてどういうアプローチで手術をしているかが判断できる(ステージの高い癌と開腹選択あるいは開腹手術と在院日数の各相関関係など)、③ステージと付加コードの有用性が明らかである(ステージと手術、化学療法、在院日数の相関関係や年齢、性別、ステージ分類と薬剤などの分布が分かる)などの事例を披露、今回の見直し、診療プロセスの質を高める分析データの抽出に役立つと論じた。

松田委員は、さらに、「地域医療を評価する上で患者住所地(郵便番号)が重要な役割をはたす」と指摘、「DPC対象病院へのアクセスに関するGIS(地図情報分析)分析結果の例」を、要旨以下のように解説した。

「例えば、くも膜下出血などの時に何分で病院に行けるかという視点から、岩手県における治療実績ある病院の分

布をみると、多くが新幹線沿いに集まっている。30分以内圏には人口の30%しか住んでいないことが分かった。それが東京になると30分以内圏に100%住んでいる。このように、アクセスの面からみると、4疾病5事業といっても、症例数の多寡だけでは測れないのがみえてくる。

そこで、急性心筋梗塞の場合に、30分以内の診療圏としてどの範囲までカバーしているかという占有率を使って、熊本県を例に、地域における病院の役割を評価してみた。その結果、症例数は少ないが、天草都市医師会立天草地域医療センター、健康保険人吉総合病院、国保水保市立総合医療センターといった医療機関が占有率100.0と大病院より数倍も高い実績を有していることが分かった。

このように、症例数とは別の指標から中小病院の役割を評価することが可能だ。患者データに郵便番号が入ることによって、診療分野別2次医療圏内病院シェアSWOT分析という詳細な地域分析が可能となる。GIS(地図情報分析)分析を使うことによって、地域における医療機関の計画的配置の必要性も示すことができ、医療計画の整合性の評価・検証も可能となる」

診療側が次期改定に向けた検討課題を提案

中医協総会 72時間要件の見直し、複数科同日受診の再診料、医療資源過少地域の要件緩和等

5月26日の中医協総会で、診療側委員は「中医協答申附带意見等に基づく次

期診療報酬改定に向けた今後の検討課題に関する提案」を行なった。

厚生労働省主導の中医協議論を変えようという意図とともに、次期同時改定に向

けて数多くの検討課題があるという認識から、早い時期からの議論の開始と、それに先立つ調査の実施を提起したものの。

支払側委員は、次々回の総会で、診療側提案に対する意見を表明すると答えた。

中医協答申附带意見等に基づく次期改定に向けた今後の検討課題に関する提案 5月26日 中医協診療側委員
(注)現時点での主な提案事項であり、今後、提案の具体化や追加提案等を随時行なう。 ※文中の番号は附带意見の当該番号。調査の提案はすべて検証調査の分を除いている

1.「入院基本料等の基本診療料の在り方の検討」

- ◎具体的に検討すべき主な項目
 - ・「技術」と「モノ」の評価の分離
 - ・基本診療料に含まれるキャピタルコスト、オペレーティング・コスト、技術料の積算根拠の明確化、原価計算による根拠に基づく点数設定
 - ・加算ではなく基本診療料及び特掲診療料本体の引き上げによる対応
 - ・病院における複数科同日受診の再診料の算定

●今後実施すべき調査内容

- ・技術評価の調査(→医療技術評価分科会)
- ・基本診療料及び技術料に係る中間消耗材料費等を含むコスト分析調査(→医療機関のコスト調査分科会)
- ・消費税に関わる損税の実態調査
- ・病院における複数科同日受診の実態調査
- ・再診料の意味合いに関する調査

4.「ドクターフィー導入の是非も含む、(病院勤務医の負担軽減と処遇改善に係る)更なる取組の必要性の検討」

- ◎具体的に検討すべき主な項目
 - ・「技術」と「モノ」の評価の分離(再掲)
 - ・「ドクターフィー」導入の是非
 - ・手術料における外保連試案の適切な活用(共通部分の歯科における活用を含む)
 - ・内科系の技術評価の在り方(→内保連の検討)
 - ・歯科の技術評価の在り方(→歯科医学会の活用)
 - ・診療所医師による病院診療に対する評価の充実
 - ・診療報酬以外での政策的対応(各局による統一的な取り組み)

●今後実施すべき調査内容

- ・手術料の評価引き上げによる労働環境の改善度調査(→検証部会)
- ・診療所医師による病院診療の実施状況の調査
- ・歯科病院および病院における歯科の役割と採算性の調査

10.「調整係数廃止後の評価方法等と高額薬剤取り扱い等の検討」

- ◎具体的に検討すべき主な項目
 - ・新機能評価係数の決定プロセスの可視化
 - ・調整係数廃止後の評価方法の在り方
 - ・DPCにおける高額薬剤(抗がん剤等)の適切な取り扱いの検討

●今後実施すべき調査内容

- ・調整係数の廃止・新機能評価係数の導入の影響の調査(→DPC評価分科会)
- ・クリニカルリサーチにおけるDPCの弊害の調査

12.「地域特性を踏まえた診療報酬の在り方の検討」

- ◎具体的に検討すべき主な項目
 - ・医療資源(医師数・看護職員数等)過少な地域における算定要件緩和
 - ・都道府県に対する裁量権付与の是非の検討

●今後実施すべき調査内容

- ・地域ごとの医療提供、医療需要の調査(地域特性の把握)

6.「看護職員の配置や夜勤時間要件の在り方を含め、看護職員の負担軽減及び処遇改善に係る措置等の検討」

- ◎具体的に検討すべき主な項目
 - ・入院基本料における夜勤72時間要件の抜本的な見直し
 - ・看護師の多様な雇用形態および労働形態の検討
 - ・潜在看護師の復職支援策

●今後実施すべき調査内容

- ・看護職員の勤務実態調査
- ・現場の看護職員からのヒアリング

7.「チーム医療に関する評価の検討」

- ◎具体的に検討すべき主な項目
 - ・薬剤師の病棟配置の評価の在り方
 - ・多職種チーム(歯科を含む)での取り組みに対する評価の充実

●今後実施すべき調査内容

- ・全病院における薬剤師病棟配置の実態
- ・脳卒中および頭頸部疾患等における歯科医療の関わりの実態調査

8.「訪問看護の検討を行う」

- ◎具体的に検討すべき主な項目

- ・訪問看護ステーションの意義の見直しと充実のための方策
- ・訪問看護の医療保険と介護保険の間の整理(医療保険への一本化も含めた検討)
- ・慢性的ケアを要する患者への訪問回数制限撤廃

●今後実施すべき調査内容

- ・2次医療圏ごとの訪問看護ステーションの設置・運営状況の調査

11.「必要な医療・介護の切れ目の無い提供」

- ◎具体的に検討すべき主な項目
 - ・医療保険と介護保険の給付対象の整理
 - ・特養、老健施設、居住系サービスにおける医療提供の整合性
 - ・退院調整におけるリハ継続の確保などの連携強化
 - ・IT化や日本版RHIOなどを通じたシームレスな地域連携の促進
 - ・施設等における口腔管理の充実と評価

●今後実施すべき調査内容

- ・医療保険、介護保険サービスの実態、患者・利用者負担の整合性等の調査
- ・地域連携の実態調査

2.「慢性期入院医療の在り方の総合的な検討」

- ◎具体的に検討すべき主な項目
 - ・各病期別機能分化の推進において慢性期入院医療の在り方・機能を明確化
 - ・認知症患者の状態像に応じた評価の在り方

●今後実施すべき調査内容

- ・一般病棟や療養病棟、障害者病棟、介護施設を含む横断的な調査(→慢性期分科会)
- ・認知症患者の入院状況、介護施設や在宅を含む分布状況等の実態調査(→慢性期分科会)

15.「明細書発行の実施状況等の検証と患者への情報提供の在り方の検討」

- ◎具体的に検討すべき主な項目
 - ・明細書発行の目的と意義の再確認
 - ・明細書の書式の改善、効率的な提供方法の検討
 - ・明細書の項目の文言変更等の可否

「政府との窓口は日医に一本化したい」

原中日医会長、日医の下に「病院連絡協議会」の設置を提案

日本医師会の会長に選出された原中勝征氏は4ヵ月ぶりとなった5月26日の四病協・日医の懇談会に出席、日医の下に「病院連絡協議会」を設置する構想を示し、4病院団体に協力を求めた。

原中会長は、医療費の総枠決定や医療(保険)制度改正といった医療体制のフレームに関する問題は、すべての医師を代表する日医が政府と協議して解決すべきであり、そのためには強固な医師会を築かなければならないとして、「医師が全員医師会に加入する制度」を実現させたいという認識を示した。

こうした持論にもとづいて、日本医師会の下に全国レベルの病院団体がすべて結集し、日医との連携を図る場として「病院連絡協議会」を位置づけていることを明らかにした。

原中会長は、同時に「診療所連絡協議会」の設置も考えていると述べ、病院と診療所が平等・対等に連携する日本医師会を将来的にイメージしていることを示唆した。

原中会長の論に従うと、中医協の医科委員はふたたび日医推薦に一本化される。また、改定要望等政府に対する要望は、すべて日医に提出することになる。



▲日本医師会原中会長(写真中央)

懇談会に出席した病院団体の各幹部からは、原中会長の提案に対して否定的な見解が相次いだ。

隔月に開かれてきた懇談会は、日医の要請もあり、今後は毎月開くことで合意した。

アウトカム評価が補助事業の対象に

厚生労働省医政局は診療アウトカム評価事業に取り組んでいる団体を国として補助することを決め、5月14日に申請要領を公表した。評価事業に要した経費と基準額(2,972万円)の少ない額を

対象に2分の1を国が補助する。

団体の条件は、自治体、公的、社会福祉法人、医療法人等によって開設された25以上の病院によって構成されていること。10以上の臨床指標の選定、

臨床指標評価検討委員会の設置、患者満足度に関するアウトカム指標を含む、医療安全、手術等の病院全体に関する指標を含む、25以上の事業協力病院を有している、団体のホームページ等で結果を公表しているなどが条件。

当補助事業については、全日病も申請する予定で準備を進めている。

2010年度立入検査の留意事項通知

厚生労働省は5月17日付で発出した医政局長通知(医政発0517第12号)で、2010年度の立入検査の実施に関する留意事項を明らかにした。

通知は、安全管理体制の確保および院内感染防止対策の確認・指導事項に多くを割いているほか、病院給食による食中毒の発生防止や無資格者による医療行為等の防止に留意するよう求めている。

また、「緊急時の対応として救急患者を入院させる場合は、定員超過入院等を行うことができる」とされている」と明記、留意を促している。

特別企画■安藤たかお氏のWHO'S WHO

永生病院の職員が語る―「安藤高朗副会長の人と理念」

全国の医療・介護関係者の間で、7月の参議院選挙比例選挙区に民主党から立候補を予定している全日本病院協会安藤高朗(たかお)副会長に対する関心が高まっている。そこで、理事長として安藤たかお氏を身近に知る永生病院のスタッフに、その横顔を語っていただいた。

「国政にかける安藤の夢をご理解いただきたい」

現場の声を反映させる。 それは患者との信頼関係強化のためにも重要

永生会 法人本部副本部長	田野倉浩治 (写真右)
永生会 永生病院 看護部部長	安藝佐香江 (写真中)
永生会 法人本部リハビリ統括管理部 部長	渡邊要一 (写真左)
司 会 永生会 法人本部広報担当課長	深尾栄一



将来計画を見据えた経営と先見の明

深尾 今日の永生会は、時間をかけ、地域と融合しながら、大きな医療と介護のグループとなりました。そのグループを引っ張り、押し上げてきたのが、安藤高朗(たかお)理事長ですが、渡邊部長が長いおつきあひとか。

渡邊 私と安藤理事長は25年のおつきあひになります。1980年代の永生病院は完全な老人病院で、地元の患者さんは1割しかいませんでした。80年代半ばに新館をつくることになり、その構想を練っている間に創設者であるお父上が亡くなられ、安藤たかお先生が理事長・院長を受け継ぎました。その新館が完成した時に、成人から老人、急性期から慢性期と一貫した医療を提供するという理念を、安藤理事長が掲げました。その後は、その理念を実現する道のりであったといえます。今や、地元の患者さんが9割を占めています。

田野倉 確かに、急性期から終末期までの、小児を除く全ステージを手がけるというのが安藤理事長の夢でした。そして、新館建設と同時に外来とリハビリテーションを設けて、リハを病院の柱として位置づけたのです。現在の永生病院を評価する上で、もっとも先見の明があったといえる事業に、若くして着手したわけです。とはいえ、当時は雲をつかむような話でした。ただ、理事長ひとり「未来から投影して

今を考えなさい」と泰然自若でした。永生病院の主力である回復期リハ病棟にしても、そこから始まったわけです。外来、亜急性、回復期リハ、医療療養、認知症病棟と、まさしく、現在そして今後の日本の医療提供の流れを、永生病院の中に、この20年で築いてきたことになりました。

安藝 安藤理事長は、在宅介護や老健施設もいち早く手がけてきました。今から考えると、理事長の頭の中に描かれていた将来ビジョンを、一つ一つ着実に実現してきたんだと思います。

田野倉 そう、そのときは新しもの好きではないとか、思いつきではないかという人もいましたが、長いレンジで見ると、理事長の考えは決してぶれていない。地域の医療と介護のニーズに対応した提供体制を、理念と将来構想にそったかたちで確実に永生会に取り込んできたという歴史でした。そういう意味からは、我々職員も精神的なストレスは感じませんでした。肉体的にはありませんよ。(笑) いつまでに作れとか、もっと緻密に練り上げるとか…。(笑)

安藝 ホントに。(笑)理事長が示す方針って、最初は、「それは難しいですよ」と思うんです。でも、少しずつ挑戦していくうちに、「やっぱり社会やニーズの変化を考えると必要なことだったんだな」ということに気づかされるんですね。

優しさの半面、厳しさや頑固なほどの意思力が

渡邊 やっぱり情報収集のすごさがあるからじゃないかな。こんなものを集めてどうするのっていう情報まで集めて、やがて整理・吟味していくうちに、あーそうかってなることが多いよね。(笑)

田野倉 実に沢山の情報を集めるからおのずと選択肢が増える。その中からよりベストの判断を導びくからね。資料にしても「1年前の何々を出してくれ」って、我々がとうに忘れていた資料の存在を覚えている。(笑)すごい記憶力ですよ。

安藝 それと、ビックリするほどのネットワークがありますね。

田野倉 それだけに社会の動きをつかむのが早いし、的確だ。

安藝 理事長をよく乗せるので顔を覚えているタクシーの運転手さんから、

「タクシーに乗るといつも本を読んでいます。本当に勉強家ですね」って言われました。大勢の人からいっぱい情報や資料を得て、ほとんどに目を通していきます。

深尾 私が驚いたのは、国保連の病院だった南多摩病院の承継です。その決断力と行動力には驚かされました。

田野倉 あれは、国保連が撤退するとの話から、地元にはどうしても欠かせない急性期病院で、救急も担っているということもあって、まず大義から引き受けようと思ったのでしょう。実に早い決断でした。公務員気質から民間感覚に変えるのに、院長はじめ事務長など大変ご苦労されています。今年度からは、ついに小児も開始しました。

渡邊 でも、もう少し説明がほしいっ

ていう不満も時々あるな。(笑)

安藝 ものすごく先をみているのは分かるんですが、それが現場にわかりづらいつきもある。(笑)

田野倉 でも、結果をみると、皆な納得させられちゃう。(笑)

渡邊 理事長の人柄が大きいね。あれだけ腰低く接せられると、やるっきゃないって思ってしまう。(笑)

田野倉 そういえば、老人病院の時代に家政婦さんが大勢働いていたんです。でも、付添制度が廃止された時に、高齢者医療には欠かせないスタッフだといって、理事長は全員をいちどに職

員に採用したんです。普通だったら段階的にやりますよ。その決断にも驚いたが、現場で働くスタッフに対する優しさも半端じゃないね。

渡邊 そういう点、理事長は実に大膽かつ繊細だ。お父上が亡くなった時、理事長は30歳前後でした。病院の日々の経営と将来戦略、年上ばかりの勤務医、職員の人心掌握、相続問題と、かなり苦労されたようです。まだ、大学に残って勉強を続けなければならない時でしたから。優しさの半面の厳しさとか、頑固なほどの意思力はそこから培われたのかな。(笑)

安藤先生の出馬は医療再建のラストチャンス！

田野倉 そういう意味からは、今回の出馬は、なるほどという思いがあります。

渡邊 医療は、国民の生活保障という面で国を支える重要なものだと思います。医療や介護がしっかりすることで、国民は国の将来に希望と安心をもつことができます。その現場から、医療と介護をよく知る安藤理事長が国政に出て行くのは大賛成ですね。机上の理論ではなく、患者さんと医療関係者の生の声を届けることができますから。

田野倉 今まで診療報酬改定のたびに沢山の要望書を出してきました。でも、ほとんど反映されることはなかった。しかし、安藤理事長によって病院の声を国政に届けることができれば、医療崩壊も解消に向かうのではないかと本当に期待しています。医療政策についても、現場の者にも分かるかたちで決まっていくようになればいいと思いますね。

安藝 今、医療の現場でもっとも深刻な問題の1つが高齢者の問題です。医療療養病床の入院が基準化され、介護療養型の廃止が決まりました。介護度が高く、医療区分の低い患者様の受け入れが困難になってきています。また医療療養病棟には、急性期病院から重

症な患者様が転院してきており、医師、看護師、介護スタッフへの負担が増大してきています。これらの現状を目のあたりにしている安藤理事長が、その声を国政に届けてくれるのではと期待しています。

渡邊 この10年、財政を理由に医療は抑えられてきました。その結果、医療現場がどれほど荒廃してきたかは、報道で、国民にも知られてきました。その結果を含めて、政権交代が実現したんでしょうが、理事長の出馬は、医療再建のラストチャンスかもしれないね。

田野倉 とにかく、医療と介護の現場を大勢の政治家に知ってもらわなければならないのでは。安藤理事長には、全国の医療・介護関係者から期待が寄せられているのではないのでしょうか。

深尾 安藤理事長に期待するだけでなく、医療現場で働く我々一人一人が安藤理事長を盛り上げ、一緒にその夢を実現したいものです。それは医療と介護に携わる我々として、患者さんとの信頼関係を強めるためにも重要な務めではないのでしょうか。

田野倉 全日病の会員病院の皆さんには、病院現場の声を反映したいという、国政にかける安藤たかおの夢をご理解していただければ、と思っています。

●安藤たかお氏が理事長を務める永生会とは

1972年に創立された医療法人社団永生会は、東京都八王子市に永生病院、南多摩病院、永生クリニック、老人保健施設(2施設)、訪問看護ステーション(4事業所)、デイケア、居宅介護支援事業所、認知症グループホームほかを擁する医療と介護の複合グループ。地域リハビリテーション支援センターおよび八王子地域包括支援センターの各指定を受けるなど、地域における連携体制を構築している。

1961年に開業した永生病院(628床)は、一般病棟、回復期リハ病棟、医療療養病棟、精神病棟、介護療養病棟からなる。1997年に東京都にある病院としては初めて、全国でも6番目の病院機能評価を受審、2007年には2度目の更新を行なっている。

永生病院は、また、慢性期医療の臨床指標開発を進めるTQMセンター、リハビリテーションの臨床研究成果を情報発信する研究開発センターの設置など、医療の質の分野で先進的な取り組みを進めている。

09年4月に経営を承継した南多摩病院(170床)は16の診療科を有し、7対1入院基本料を届け出て、小児科を含めた急性期医療を担っている。

「医療崩壊阻止」を全国で訴える安藤たかお氏



▲富山県の病院で(4月24日)
▲大阪の集会で講演(5月21日)
▶千葉県の病院を訪れる(5月17日)



■安藤たかおサポーターズクラブ ※入会受付中
〒101-0061 東京都千代田区三崎町2-12-8 US水道橋ビル2階 TEL.03-5211-2250 FAX.03-5211-2235
■安藤たかお氏に関する情報の入手先
ホームページ <http://www.ando2.jp/>
ブログ <http://blog.ando2.jp/>