

# 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

メットライフアリコ 全国法人開発部

東京都墨田区錦糸1-2-1  
アルカセントラル4階  
TEL: 03-5637-5250

2012年(平成24年)5月22日

第181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 〒101-0062 千代田区神田駿河台2-5 東京都医師会館内306号  
TEL:03-5217-0896 / FAX:03-5217-0898 / URL: http://www.tmha.net / E-mail: tmha@mri.biglobe.ne.jp

## 「Care in Community」構想 Aging in Place を目指して これからの在宅ケアは 地域が責任を持つ 医療の原点回帰を目指そう プライマリーケアの再構築・ 地域包括ケアシステムの構築 新天本病院理事長 天本 宏



天本 宏氏

### 一、はじめに

書き手のスタンスをまず明確にしておく。「認知症であっても生涯地域で生活し続けられる街づくりを目指す」といった基本理念・ビジョンのもと「高齢者のための地域ケアの具現化」に向け一九八〇年から三十二年間実践し、多摩ニュータウンに保健・医療・介護・福祉のトータルケアを地域に展開しプライマリーケア(一次医療)を根幹とした「あいセイフティネット」

のサービスモデルを創造・実践し、更にシステムモデル化を図っている立場からの見解(天翁の独断と偏見・ポリシー)を述べさせていただきます。

これからの外部環境、内部環境を鑑み、平成二十四年度医療・介護保険の同時改定が実施され、「これからの医療、介護のあり方へのメッセージ」が込められた。次いで、これからは平成二十四年度の区市町村作成の介護保険事業計画と平成二十五年度東京都が作成する地域医療計画(地域包括ケアシステム構築への医療提供体制についての地域医療計画への記載は、これまで全く触れられていない)との整合性が図られ、医療と介護との連携・統合が計画的に強化されていくこととなる。また施設・病院から地域へとといった方向性から地域における高齢者の見守り・生活支援と共に、居場所・住まいの確保・整備に向けた高齢者住まい法に基づく施策も進んでいく。高次医療機関、専門医療機関、救急医療体制の東京都全域、二次医療圏域での整備と共に、これからは身近な地域に密着した生活圏域での地域包括ケアシステム(プライマリーケア)整備といった水平的・垂直的・重層的統合がなされていくこととなる。しかしながら、厚生労働省、東京都共にいまだこのような制度横断的、制度包括的行政対応、また市区町村をいかに支援していくかといった姿勢(行政改革)は示されておらず、大変危惧している。また、併行して地域住民の認知症サポーター養成見守り・生活支援を担う高齢者ポラン

ティア養成(有償ポランティアも含め)、さまざまな互助グループ養成(民生委員等)、生活の場でSend of Lifeを受け入れる文化、家族が親をケアするのでなく地域が高齢者をケアしていく、家族をもケアしていく街づくり、「Care in Community」(地域社会にケアを浸透させ、地域がケアを担う)の具現化を図るといった理念、ポリシーが普遍化されていくこととなる(日本の社会保障におけるポリシーとして位置づけしていく)。このような都民のニーズに沿えない医療機関は、当然自然淘汰されていくことであろう。しかし、行政もこの大局的見地から、必要な支援策を後追いでなく、積極的に導いていく立場であることはいつまでも無い。縦割り制度、単年度主義、財政主導による部分最適から脱したビジョンに向けた長期展望に立ち計画的、段階的変革を共にしていきたいものである。

### 二、医療人が留意すべき点

\* 平成二十四年度四月医療保険・介護保険同時改定に込められたメッセージ  
中長期ビジョンとなる第五期介護保険事業計画、都道府県における第二期地域医療計画において推進する政策(シナリオ)・方向性が報酬により示されている。病院から地域へ、医療から介護へと

ったメッセージをいかに読み込み、いかに内部環境を整備していくかの自院の事業計画を建て、変容(Do)していくことが医療人としての命題となる。速やかに地域の社会資源における自院の機能、ポジショニング、方向性を明確に描くべきである。

\* 平成二十四年度第五期介護保険事業計画スタートの推進点は  
医療・介護や住まいとの連携・統合を視野に入れた区市町村単位(日常生活圏域、一次医療圏域?)における地域包括ケアシステム具現化に向けた介護事業計画となる。訪問診療のみならず、二十四時間三百六十五日体制の一次医療の再構築が時代・地域からの要請なのである。診療所のみならず地域に密着した中小病院における在宅療養支援機能の需要が急増していく。医療人もこれからは市区町村の介護保険事業計画を解説し、地域の介護保険事業所を熟知し、自院と地域の社会資源と

### 緊急説明会のご案内 「医療機関における 電気料金値上げへの対応について」

日時: 平成24年5月31日(木)  
午後7時~8時30分

会場: 東医健保会館  
(JR信濃町駅 徒歩5分)

参加費: 無料

対象: 当協会の会員・非会員を問わず、  
どなたでもご参加いただけます。

【問い合わせ先】TEL: 03-5217-0896

参加申込みにつきましては、東京都病院協会事務局までお問い合わせ下さい。

の地域内完結への連携を図らねばならない(他事業所との連携を図るためにも自院の機能特化が不可欠)。地域の二一ズの多様化に伴い、中小病院の収入構造もこれからは医療保険、介護保険、自己負担と多様となっていく。

\*平成二十五年に作成される第二期都道府県医療計画は大きく変革されていく。今まで全く触れられていない区市町村の介護保険事業計画・東京都の建てる介護保険支援計画、高齢者住まい法・高齢者住宅整備計画を視野に入れた東京都としての地域医療計画にしなければならぬ(行政は縦割りのため、むしろ医師会が政策横断的・全体最適に向けて提言していくべき)。これから地域医療再建には一次医療圏を視野に入れた二次医療圏域といった構造・連鎖・統合システムとならねばならない(制度上これまでの地域医療計画には一次医療の計画が欠如している)。プライマリケアを根幹に位置付けた地域医療計画に大きく転換していく時代要請となってきた。そして医師会は「東京都の特性、現状からして超急性期、高次病院よりも地域に密着した地域包括ケアを支援する中小病院の機能整備が重要課題」といった指摘をもっと強く主張すべきである。

### 三、これからの社会保障における基本的スタンス

安心して老後を過ごせる社会保障への責任・義務として高齢者自身も生涯、保険料をこれから負担し続けていくのである。当然、社会保障を受け

側の視点が将来の医療提供体制の方向性・軸となる。これまで高齢者の病態、障害の程度に応じているいるな箱ものを当てはめ、人生終末期において当事者(被保険者)を転々とさせ「たらいまわし」をしてきたが、高齢者である当事者が安心・安全な生活をして居る居場所を受け止める仕組み(Care in Community)に転換させていくべきである。しかも箱によりサービスに限りがあり、当事者はその箱の中のサービスに合わせなければならぬといった構造は改め、適切な医療・介護が、適切な時期に適切な居場所において一体的に提供されるような制度設計に改善(外部サービス活用型へ)を図るべきであり、実際そのような方向に転換しつつあることが同時改定からも読み取ることができる。

### 四、高齢者医療改革への提案 救急搬送医療・病院医療偏重からの脱却

介護保険においても在宅支援を重視するといった基本姿勢が示されている。しかし、二十四時間、三百六十五日いつでも安心して、住まいにおける医療、介護についての連絡、相談、サービス提供(訪問)ができる安全網、ネット、体制(地域包括ケアシステム)が地域・街に現在、存在していない。一貫性を欠いたパッチワーク的、その場限りの後始末の医療、介護が病院、施設を中軸として行われている現状を打破、変容させていかねばならない。いま救急搬送医療需要が急速に伸びつつある。高齢者が多く、軽症者も多い。

重症者の多くは死亡が植物状態化することが多い。高次医療機関での、過剰な検査、治療といった提供サービスと高齢者に相応しい医療とはマッチしていない。訪問診療が受けられるなら治療の限界があっても、住まいという環境を優先した対応が望まれている。高齢者医療において、住まいでの訪問診療は病院医療と比較しても効果は決して低くはなく、むしろ満足度は高い。高齢者の八割は住まいで生涯を送りたいと望んでいるにもかかわらず、現実には八割が病院死である。しかも、半年以上入院している高齢者が五十万人以上といわれており、介護保険施設に入所されている方々も加えれば百万人をゆうに超える数値となる。病床過剰(医療高騰の根幹)の原因は、入り口(プライマリケア)の整理、住まいにおける医療、介護を支援する安全網ができていないことにある。現状は後追いの施設・病院医療体制となっており、その結果二十四時間体制の医療、介護を必要としない人までが数多く社会的入院・入所しており、費用対効果がまったく見られない。まさに、高齢者医療、社会保障の理念と共に財政問題の根幹となっている。

よつではないか。当然、一人の医師では達成困難であり、これからはグループ、チーム・組織で相互補完しつつ地域内完結をしていく「新たな一次医療」を再構築をしていくこととなる。

### 五、東京都における医療人の基本的スタンスも日本医師会の指針と同じ

二〇〇七年一月に日本医師会は後期高齢者医療保険創設に当たって高齢者医療の基本姿勢を以下のように示した。日本医師会の指針

在宅における医療・介護の提供体制 「かかりつけ医機能」の充実

今後の高齢者の医療と介護の協働する地域ケア体制の整備において、従来からの「病院・施設における療養」とともに「在宅療養」も医療を通じて支えていくことが望まれる。その実現には、地域をひとつの病棟と捉える視点など、要となる医師の意識改革と支援が医師会の重要な責務と認識する。高齢化のピークである二〇二五年に向けた高齢者の医療と介護について、以下の三つの基本的考え方と七つの提言をもつて、そのビジョンと決意を明らかにする。

### 将来ビジョンを支える三つの基本的考え方

- (一) 尊厳と安心を創造する医療
- (二) 暮らしを支援する医療
- (三) 地域の中で健やかな老いを支える医療

### 将来ビジョンを具現化するための医師、医師会への七つの提言

- (一) 高齢者の尊厳の具現化に取り組

もつ。

(二) 病状に応じた適切な医療提供あるいは橋渡しをも担い利用者の安心を創造しよう。

(三) 高齢者の医療・介護のサービス提供によって生活機能の維持・改善に努めよう。

(四) 多職種連携によるケアマネジメントに参加しよう。

(五) 住まい・居宅(多様な施設)と連携しよう。

(六) 壮年期・高齢期にわたって健康管理・予防に係わっていくこと。

(七) 高齢者が安心して暮らす地域づくり、地域ケア体制整備に努めよう。

地域における「在宅死」の追求と支援をも行いたい。もちろん、死の看取りは、多様な選択肢があり、たとえ医療提供者であっても他者が強制できるものではない。高齢者が求めているさまざまな医療と介護、社会サービスを利用者本位、地域で提供できるよう取り組む先には、家族や友人・知人に囲まれながら、生活の場における安らかな眠りへの看取りがあると考えたい。

対象者を高齢者として考えると、いままでの体験から「疾病医療」並びに「臓器別の医療」の限界、そして「延命医療」及び「入院医療」の限界を知ることにより、今こそ「全人医療」という医療の原点として、プライマリケアの視点に立ち返った医療が求められていることを再認識しなければならぬ。すなわち、病気を診るだけでなく、「その人」を診る、その人の「生活」を診ることが大切なのである。このよう理念を実現していくためには当然「医師」のみ、または「医療」のみで

は不可能であり、医療がより一層地域に関わっていき、そして保健・福祉と連携し、ネットワークを形成していくことで様々な職種のスタッフと重層的に関わりを持ちながら地域での活動を展開していくことが求められる。

六、東京都における課題と展望

東京都は「無秩序ともいえるべき一次医療体制、地域に密着した中小病院の崩壊、高次医療病院の乱立といった東京都の医療提供体制のまま、現存の医療制度を正当化する」のではなく、また多くの地域医療を担う医療人はゲートオブナー【注】としての使命に基づき「医療ニーズの大部分(認知症医療も含まれる)に対応するべき一次医療本来のあるべき姿・役割に原点回帰していくべきである。東京都医師会、東京都病院協会、自治体とが一体となり、東京都の将来像・実態を踏まえた大都市東京独自の「新たな地域医療計画(地域に密着した一次医療体制を根幹とし、そして一次医療を補完していく二次医療体制、また東京都全域における三次医療体制)」を平成二十五年から計画的に整備しなければならぬ。高齢化が最も進む東京において、中小病院が消えて行っている現象は、時代・地域の要請に逆行しており、「地域密着型の高齢者にふさわしい機能を持つ病院」の整備は重点課題である。

七、「地域一般病棟構想」の出発点とは

四病院団体協議会は、基本理念とし

て高齢者の立場からコミュニティケア具現化への軸・拠点として新たな構想「地域一般病棟」を地域医療に位置づけていくべきとした。今流に言えば「地域包括ケアシステム」を支援、支えていく病棟として描かれている。高齢者の疾病医療のみならず、認知機能、日常生活機能、介護機能(家族機能を含む)、残存機能、社会サービス機能等を評価・問題解決(治療・ケアマネジメント・リハビリ)する病棟といった医師主導から多職種協働スタイルの生活型医療、高齢者・家族が抱える多様な問題解決に取り組むプライマリケアホスピタルへの転換を地域に密着している中小病院が目指すべき病院像として提示している。これからは単なる退院促進策(出口機能)だけでなく、在宅医療・高齢者に相応しい入り口機能・ゲートオブナーとしての機能を整備し、地域一般病棟構想の原点である「高齢者の地域医療・ケアを支援していく地域密着型の病院・病棟(地域当直医としての機能も含む)」として具現化し、整備していくべきと私は考える。

このたび、一次医療の再構築の重要性を常々主張され続けておられる郡司篤晃先生、また澤憲明先生の論文・主張からのお教えに寄り添い日々実践している私の思いを述べさせていただきます。この機会を与えていただいた河北博文東京都病院協会会長に感謝し私の主張は終わらせていただきます。

【編集部注】ゲートオブナー…二十四時間・三六五日体制で、間口を広くし問題を絞り込むシステム。個々の患

者さんのニーズを見極め、必要なサービスの提供につなげていく。従来より、ホームドクター・ゲートキーパーという用語もあるが、より積極的に関わらべきとして、ゲートオブナーという呼称を使用。

平成二十四年度 診療報酬改定にともなう試算事例(三) 急性期病院の場合

高木病院 事務長 小野 崇夫氏

【はつごみ】

四月の診療報酬改定では、本体分医科プラス一・五五%改定である。当院では置換えにより一・四八%プラスにはなった。しかし、前回の診療報酬改定時に比し、今回は、さらに院内の体制を強化し、加算要件に合致する院内体制の取り組みの必要性を痛感している。試算する限り、三月時の体制のままでは大きくマイナスになってしまう。

【外来】

当院では、対策も見いだせずに四月を迎え、試算ではマイナスとなっている。三月度を新点数に置換えた内容が【表一】である。

初診・再診料について、プラス要因は同一日の二科目の再診料が算定可能になることだ。しかし、外来リハビリ

テーション診療料の算定を予定している。この診療料算定によりリハビリでは、再診料の算定ができず大きなマイナスになると試算している。指導料については、夜間休日救急搬送医学管理料、外来リハビリテーション診療料の算定によりプラスとなっている。投薬料、注射料においては、薬価がマイナスのため大きく影響している。今回手術料は、非常に評価された改定になっている。しかし、外来対応の手術項目では影響が小さくプラスにはなっていないが他項目のマイナスをカバーするものにはなっていない。外来リハビリは、改定の影響はなく、ほぼ横ばいとなっている。処方せん料が今改定から一般的名称を記載することにより二点加算となった。医局会などで、医師から一般名称記載についての了解は得られてはいるが、薬局からの問い合わせなど、医事課への負荷もあり変更に伴うトラブルがないよう今後の取り組みとし、スムーズに移行でき

るよう進めていきたい。 【入院・出来高請求】 入院に際しても同様に、三月度を新点数に置換えたものが【表二】である。投薬料、注射料は、薬価のマイナスの影響によりダウン。今改定の骨子にもなっている「医療技術の適切な評価」により、手術手技料の大幅な引き上げとなった。手術手技料としては、約九・八八%のプラスになった反面、材料費の大幅な引き下げ(マイナス五・三七%)の影響もあり結果としては、手術料全体では四・五九%プラスに留まった。増税を控えている消費税や在庫管理、ロスなどの費用を考慮すると材料費の仕入れ価格などの全面的な見直しを含め、採用品の見直しも必要になってくる。そうは言っても医師による技術料の引き上げは、大いに歓迎される。

【表一】新旧点数概算比較表(外来)

Table with 4 columns: 項目, 現点数, 新点数, 増減点数, 率(%). Rows include 初・再診, 指導管理, 投薬, 注射, 処置, 手術, 検査, 画像, その他, 合計.

【表二】新旧点数概算比較表(入院)

Table with 4 columns: 項目, 現点数, 新点数, 増減点数, 率(%). Rows include 診察, 投薬, 注射, 処置, 手術, 検査, 画像, その他, 入院, DPC, 食事療養(点数として), 合計.

【入院・DPC請求】

その他では、早期リハビリテーション加算のマイナスがあるものの、新設された初期加算の算定によりプラスである。入院料は、入院基本料が十一ポイントプラス、一般病棟看護必要度評価加算が十ポイントプラスになった影響により、栄養管理実施加算、褥瘡患者管理加算の入院基本料への包括化によるマイナスを心配していたが結果としては若干のプラスとなった。

DPC対象病院には、大きな関心事の一つが医療機関別係数ではないだろうか。【表三】が当院の係数の推移である。

今回基礎係数として病院の機能により三つの医療機関群に分かれるようになった。大学病院本院を「群」とし、大学病院に準じた「高度な医療技術の実施」などの四要件、六項目の基準値をすべて満たした医療機関が「群」とされた。当院では、現状の基準では値を満たすことはできず、群になることは困難である。群以外の約八十八%以上(千三百三十五件)の医療機関がこの「群」である。今回「群」すべての医療機関は基礎係数が同じであり、今後「群」の中でも医療機関別機能評価係数にかなり幅があるので、「役割や機能」により分類されたことから、群がさらに分かれていく可能性も考えられる。また、暫定調整係数は、当初の予定よりも二年延期され完全移行は六年後となり、激変緩和により今回の置換え割合も二十五%となった。

制を評価した点数を係数化したものであり、当院では、新設された二十五…一急性期看護補助体制加算、夜間五十一急性期看護補助体制加算、感染症防止対策加算二、データ提出加算一口の届出により係数がプラスとなった。今後、患者サポート体制充実加算、病棟薬剤業務実施加算の届出を行えるよう、体制を整えているところである。看護職員夜間配置加算も当初検討に上がったが、夜間帯にも数名看護職員を配置しなくてはクリアできず、諦めねばならなかった。

【表三】DPC係数の推移

Table with 4 columns: 項目, 旧係数 (23年度), 新係数 (4月より), 新係数 (10月以降). Rows include medical equipment adjustment coefficients, functional evaluation coefficients, and various adjustment coefficients.

医療機関の方向性、特長を示すためにもDPCデータを分析し、活用できる院内体制が必要になると考える。医療機関別係数は、プラスの四・八三%となっているが、新旧点数概算比較【表二】では二・三五%のアップに留まり、実質は診断群分類による包括点数ではマイナスになっている。DPC対象病院の平均在院日数の短縮により、肺炎などの見直しがあったが全体では入院期間の設定が大幅に短縮されていること、手術手技料の大幅な引き上げによると思われる、手術ありに分歧したものの点数は引き下げられたことが原因と思われる。病床稼働率を考慮に入れつつ、効率のよい入院期間を目指すためにも、地域の医療機関、介護保険施設との連携もさらに重要になる。

Real estate advertisement for '経堂' (Keicho) featuring 'PROUD' branding, location benefits near Keicho Station, and contact information for Yonemura Real Estate. Includes a table of project details and a search bar.