

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 SM
メットライフ生命

2015年(平成27年)2月23日

第214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

平成二十七年三月一日(日)開催

第十回東京都病院学会の 全体プログラム決まる

一般演題
125題

本学会の主題について

既にご案内のとおり、第十回東京都病院学会は、伊藤雅史(当協会常任理事 等潤病院理事長)を会長に平成二十七年三月一日(日)午前九時よりアルカディア市ヶ谷において開催されます。主題は「二〇二五年東京の医療を明るく語ろう」です。

深刻な財源不足と未曾有の超高齢社会における医療現場において未来を語る時、私たち医療人は大きな不安と不満、憤りなどの負の感情を持って議論を進めがちですが、これら壮大な医療制度改革の潮流のなかで、主人公を演じるのはやはり私たち医療人です。そうした時代の要請にこたえるべく常に前向きで明るい気持ちを持って、自己変革を行う勇氣と覚悟を持つべきとの伊藤学会長の強い思いから、第十回学会の主題が設定されました。

これからの医療界を考えるうえで、実を的を射た関心の高い学会主題であると言えます。

本学会のメイン会場では、開会式の後「東京都病院協会の歴史と展望」をテーマに東京都病院協会の河北博文会長による記念講演、その後学会長講演が行われます。会場の都合で少し時間があきますが、午後の部は午後一時十分より「平穏死」という言葉の

意味」をテーマに芦花ホームの石飛幸三先生の特別講演が行われます。午後二時三十分からは、本学会の主題でも

平成二十六年診療報酬改定検証研修会

「在宅重視」の改定内容の影響を探る

永生病院 事務長 田野倉浩治



田野倉浩治氏

平成二十六年診療報酬改定は、「ときどき入院、ほぼ在宅」と言われるほど「在宅」を意識する内容となっている。そこで、一月二十三日に開いた事務管理部会「平成二十六年診療報酬改定検証研修会」では、「七・一」地域包括ケア「ケアミックス」の各病院から改定に対する取り組みや課題等を報告していただいた。

まず「七・一」病院として、江戸川区にある日本私立学校振興・共済事業団東京臨海病院の医事課長の秋保彰一氏から報告を受けた。同院は、病院概要として東京都指定二次救急病院であり、災害拠点病院、CCU連絡協議会加盟施設、脳卒中急性期医療機関でD

ある「二〇二五年東京の医療を明るく語ろう」をテーマに国際医療福祉大学准教授の石川雅俊氏の基調講演を始めとしたシンポジウムが開催されます。ランチョンセミナーは第一会場が大正富山薬品株式会社による「世界の糖尿病治療の動向とSGLT2阻害剤の安全な生かし方」、第二会場が東京ガス株式会社による「伝統行事に則った「地域社会の結びつき」につい

て、第三会場が武田薬品工業株式会社による「ヘリコバクター・ピロリ診療の現況と課題」、第四会場がメットライフ生命保険株式会社による「評価や魅力がアップするコミュニケーション法」と、四会場での開催になります。

当日は全体プログラムをよくご覧いただき、参加したいプログラムを逃さないようにしてください。

れに対応するためにも一部病床を閉鎖してでも「七・一」を維持する方針をとっている。

PC病院Ⅲ群として職域病院ではあるが地域からも多くの患者に利用されている。病床数四百床でICU、小児入院医療管理科3と一般病棟で構成しているが、七・一入院基本料を維持するため一部病床を閉鎖している。今回の改定のキーワードとして「二〇二五年に向けての医療提供体制の再構築」があり、具体的には、「七・一病院のふ

救急搬送受け入れについては、二十六年度は前年に比べ減少傾向にあったが、十二月から十以上の件数増となっている。この要因として「断らない」ことを挙げ、そのために当直医のバックアップ体制を強化した。一方で閉鎖している病床をテレビ等のドラマ撮影に提供するなど逆転の発想から病院の広報等の活動に力をつけている。

るい落とし」「地域包括ケア病床の創設」「病床機能の分化を図ること」「患者の早期の在宅復帰を促進」するため「急性期から慢性期に至るまですべてのステージで在宅復帰機能を強化」し「診療データの提出を重視」し「七・一、十・一などに限っていただけデータ提出加算の対象を全病棟に拡大」などを挙げている。「ふるい落とし」に対しては月間二百五十件から三百件の救急受け入れ件数があり、小児での救急搬送六百六十件(二十五年十一月～二十六年十月実績)やウォークイン患者も同期千六百九十六件と需要があり、こ

機能評価係数中の「後発医薬品指数」については、当初の使用率は三十%にも達していなかったが、DPC分析を基に院内で使用する薬品を見直し、医師への啓発を行うことで六十五%まで上げることができ、現在では支払における経費削減につながることで、次回の係数見直しでは後発医薬品指数による収入増が見込まれている。また、自宅等退院患者割合も九十四%と基準をクリアし地域に根付いた医療を展開している。しかし、看護師をはじめとする人材の確保が引き続きの課題であるとの報告であった。

「七・一」病棟として、江戸川区にある日本私立学校振興・共済事業団東京臨海病院の医事課長の秋保彰一氏から報告を受けた。同院は、病院概要として東京都指定二次救急病院であり、災害拠点病院、CCU連絡協議会加盟施設、脳卒中急性期医療機関でD

京の西の端、訪問客が増える高尾山の

麓、八王子市にある医療法人社団永生会永生病院から、サービスマン支援課長の渡部雅人氏の報告を受けた。永生病院は百四十六床の一般病棟、百床の回復期リハビリテーション病棟、百五十床の医療療養病棟、認知症の高齢者を受け入れる精神病棟と介護療養病棟を有する病院である。

今改定で特に影響があった項目として▽回復期リハビリテーション病棟入院料1の評価の見直し、▽廃用症候群に対するリハビリテーションの評価、▽地域包括ケア病棟新設に伴う亜急性期病床の廃止、▽医療療養病棟での在宅復帰機能——を挙げた。回復期リハビリテーションにおける常勤医師と社会福祉士を配置する「体制強化加算」は四月に届け出ができた。以前より病棟ごとにMSWを配置して患者支援を行っており、専従の医師も配置していた。

しかし、医師の配置については当初「土日を除き毎日常勤医師を配置していること」との説明があり、永生病院では土曜日を公休日としていないことから土曜日は出勤しているが土曜日以外の曜日で公休日としており、その場合は当該公休日を「土曜日」とみなしてよいとの確認がとれたことから予定通りに出すことができた。

同時に「廃用症リハ」についてもリハスタッフと情報を共有するなかで従来の四割程度あった割合を二割程度へ見直し、回復期リハ病棟においては三割から七分となった。「地域包括ケア病棟」については「亜急性期」からの移行を考えていたが内容が明らかになると、さまざまなハードルがあり、中でも二百床以上の病院では病棟単位での届出のため四月からの取得は断念せ

ざるを得なかった。病棟単位での運営状況を検討しつつ準備することとし、亜急性期病床は廃止を待たずに八月より回復期リハ病棟へ編入した。もともと亜急性期病床は整形外科の手術後患者の受け皿としていたため、回復期リハ病棟への編入に伴い、平均単価を引き下げる要因となっている。また、平均実施単位数も下げる要因となっていることから新たな課題として取り組んで行くこととなった。

療養病棟においては「在宅復帰機能強化加算」が新設された。急性期病院での自宅等退院患者割合が七十五%以上との要件が示され、「地域包括ケア病棟」「回復期リハビリテーション病棟」が「在宅復帰機能強化加算の療養病棟」が「自宅等」とみなされる病棟として示された。地域包括ケア病棟の取得が難しいこと、回復期リハビリテーション病棟は受け入れ患者が限定されることから、療養病棟での在宅復帰機能強化加算の取得を視野に入れ取り組むこととした。当該加算の取得要件に「在宅復帰率」「回転率」「退院後の訪問確認」が示され、六カ月間の実績をベースに計算することから、過去のデータを拾い出し、三病棟のうち一病棟が可能であるとの判断から四月からさらに実績を積み七月に届け出ることができた。ただ一方では、急性期病院において自宅等退院患者割合はクリアできており、療養病棟での直接受け入れ実績はない。しかし、退院後訪問確認を行い患者の在宅での療養状況をつぶさに観察でき、在宅へお帰りのいただくことを実践する中で「循環する医療」の構築を進めていきたいとした報告であった。

最後に、「地域包括ケア」として、医療法人財団寿康会寿康会病院医事課チーフの戸口慶広氏から報告してもらった。病院は最初に報告を受けた東京臨海病院に隣接する江東区にあり、改定前は「七・一」の一般病棟二十九床と亜急性期病床二十床で脳血管、運動器の疾患別リハIを取得しており、訪問看護ステーションや地域包括支援事業所等を持つ地域密着型の病院である。

同院では、「七・一」と「亜急性期病床の廃止と地域包括病床」を課題として改定内容の情報を早くから検討し、科ごとや病床機能ごとの日当点、疾患別リハビリの実施状況、患者の病態など様々なデータを基に検証し、病院の運営につき院長をはじめとする部門責任者で議論し方向性を決め、結果として「ふるい落とし」ではなく、「戦略的離脱」を図り「十・一」への移行と地域包括ケア病床を取得した。「七・一」を変更することで看護必要度や平均在院日数にゆとりが持て、受け入れ患者の幅も広がりが病床利用率も増加。地域包括ケア病床を取得することで在宅復帰率を意識したより積極的な退院への取り組みが進んだ。もともと在宅への取り組みを行っており、受け入れ前から患者の病態を把握することで十・一病床と地域包括ケア病床を有効的に活用していることや、脳血管疾患リハに比べ運動器リハの患者が多かったことなど様々な状況が今回の改定において優位に働いたものと見受けられる。

また、報酬のとらえ方として「個室」については差額室料があるため空床となりがちなことから、一部の差額室料

を廃止し稼働率を上げることや、地域包括ケア病床での報酬が包括される検査等についても使われていない時間をもったいなく、積極的に活用すること
で患者満足にもつながるとの逆転の発想を披露した。そしてなによりも良か

ったことは職員一丸となって取り組む姿勢に繋がったという点であったという。
各報告の後、参加者からそれぞれ質問が出され、予定時間を過ぎる活発な研修会となった。

「病棟のBCP」テーマに研修会を開催

東京都立広尾病院院長 佐々木勝

平成二十七年一月九日、急性期医療委員会研修会が東医健保会館で開かれ、東京都立広尾病院の佐々木勝院長が「病棟のBCP」をテーマに講演した。その講演をレポートする。

病棟のBCPの策定には BIAとSurge Capacityの検討が必須

BCP (Business Continuity Planning)とは災害等の発生時に、組織の役割の時系列的な変化の推移を考慮しながらリアルタイムに資源を考慮し、増加する需要に定める計画を立案することである。その基本的な考え方として、病院においては、応援が来ないというような想定外の出来事も想定し、病院の診療能力の範囲内で患者に対応する。医療の継続に主眼を置きながら優先業務を選択し、実際の資源に見合う傷病者を受け入れることとなる。状況次第では診療を断念することもある視野に入れる必要がある。

BCP策定にあたっては、災害医療の基本概念が通常の医療とは異なることを認識しなければならない。救急医療が「一人でも多くの命を救う」であるのに対し、BCPでは「救える命しか救えない」という割り切りも求められる。また、BCPの第一番目の目的は「スタッフを守る」ことであり、現場の第一番目の目的である「傷病者を守る」とは異なり、その結果、しばしば、BCPの指揮命令権者と現場の人間の間に齟齬が生じる。

BCP策定にあたっては、損害の大きさや影響範囲の広さを評価するBIA (Business Impact Analysis)と、著しく増加した傷病者に対する收容能力と専門的な医学的評価や治療を必要とする患者を管理する能力である Surge Capacity の検討が必要となる。

例えば、地震を想定したBCPの策定であれば、BIAとして病院の被害状況・医療需要等の想定、電力・上水・医薬品など運営上欠かさない運営資源の準備量の現状把握などが必要とな



佐々木勝氏

る。Surge Capacity としては、地震発生後3日間はライフラインが途絶することだけでなく、急性期から慢性期(一か月)を想定し、患者に対応できるように準備することが求められる。ライフライン、資源から

自院の弱点を把握

病院におけるBIAは、①病院機能や運営(マンパワー、財政、機械、管理)、②医療提供(仕事量、サプライチェーン、収入)、③病院スタッフへのインパクト分析が必要である。BIAではまず前提となる災害規模とそれによる被害を想定することが必要不可欠だが、想定外のこと念頭に置くべきであり、実際に訓練を行うことが重要だ。

また、資源については①医療器械などのハード面、②人員、③指揮命令系、④消耗品と装備、⑤情報と伝達、⑥搬送(病院間連携)の量と質を考慮することが重要である。加えて、▽病院の所在地(施設の受ける衝撃に対する地理的な危機や孤立化のリスク等を想定)、▽地域における病院の役割、▽納入業者やサプライチェーンの脆弱性、▽設備の目標と資源——に留意して作成することがポイントとなる。

病院の存在する周辺地域のライフラインの確認には、地域防災計画で示されている地域のライフライン被害総括表を有効活用していただきたい。周辺の病院・診療所の立地状況や被害想定も把握可能である。発災時には、自院だけでなく、周辺医療機関の被災状況の補足も必要となる。なぜなら、周辺医療機関の被災状況次第で自院への来院患者数が変動するからである。また、自院の被害が甚大でも、周辺医療

機関が存続していれば、そちらに患者を送ることができる。地域のライフラインと病院のライフラインの状況を照らし合わせ、両ライフラインの強弱や重点項目が合っているかを確認することが重要だ。

ライフラインを個々にみると、電力については自家発電装置で何kW確保できるかではなく、非常用電源に切り替わった時に、どの医療器械が、どれだけの時間動かせるかを問題にすべきである。あわせて資源の代替性(別方向の変電所からの電力確保などの複線化、ガス発電システムを使用するなどの多重化)、院内配線回路図の熟知などが重要である。

水についてはただ備蓄量だけではなく、飲用・雑用等の使用目的ごとの優先順位付けが求められる。上水だけではなく下水の確保、公共の下水システムが稼働しなくなったときの代替手段も検討しておかなければならない。ガスは、使用目的を確認しておくべきである。給湯や暖房のために発電とは別に燃料を備蓄していることもある。また、コージェネレーションという中圧ガスを燃料にした発電の仕組みならば液体燃料の備蓄が必要なく、中小病院にとっても負担は少なく済むか



もしれない。コージェネレーションシステムを使用するか否かにかかわらず、中圧ガスは地震による破断がないといわれ、発災時に安定したエネルギー源として使用できることもメリットである。従来、ガスはライフライン確保のなかで優先順位が低かったが、見直しが求められる。

酸素、窒素等の医療ガスでは、いつ充填されるか、備蓄タンクの医療ガスが通常使用するボンベ何本分に相当するか計算し、量をイメージしておくことが効果的だ。また、病院が高流量酸素供給に対応していないと人工呼吸器の代用として十〜十五ℓの高流量酸素を使用したバッグバルブマスクの多用により、酸素供給システムに負荷がかかり、急激な圧力低下を招くことがあるので注意が必要だ。

食料では、必要数の想定、備蓄場所、保存方法以外にゴミと配膳・下膳の問題が重要である。これらの解決の一助として備蓄食料の栄養調整食品(カローリメイト等)への移行が進んでいる。栄養調整食品は、水・熱源がない場合でも調理なしに摂取することもメリットである。

通信においては、通信伝達手段の選択が課題であり、衛星携帯電話の普及が進んできている。しかし、普及することにより災害時の一時的・圧倒的多用により回線の混雑が予想され、解決には高額ではあるが固有回線を用意するのも選択肢の一つだ。さらに、傷病者の量と質の予測を行い、どのような資機材を備蓄すればよいか把握することが重要だ。**特殊な医療に対処できる人材の予測が必須**

BCCPにおけるMedical Capacity (Surge Capacity and Capability)とは災害時に増加した患者に対応する能力と、専門的な治療を必要とする医療需要に取り組みことのできる能力とを併せた能力のことであり、4S (Staff, System, Structure) で規定できる。特に staff は人員のみならず人材を求められており、ただ医師がいるということだけでなく、何科の医師がどれだけいるかということまで考慮する必要がある。最も重要なのは外科、集中治療室の能力、有効な手術室数と人口呼吸器数、それを扱うことのできるスタッフ数である。

もう一つ強調しておきたいのは、病院のBCPは職員を守り、病院を守ることが大原則で、それによって医療を継続しつつ復旧を図るという考え方が求められる。過去の震災の経験から大規模災害では、外因の傷病者のみならず内因の傷病者の対応と急性期以降、最低約一か月までの期間、診療継続することにも留意しなければならない。そのため、外因患者あるいは急性期患者を診ることにすべての医療資源を投入することは適切ではない。職員を守り、病院機能の維持を図ることで、

結局はより多くの患者を診ることができるようになる。緒論で「場合によっては診療断念も視野に入れる必要がある」と述べたのは「病院の存在なくして地域の健康管理が不可能になる」というごく当たり前の話である。BCCPは平常時とは異なる意識が求められる。大規模災害の時にしか用いるべきではないが、これがなければ大災害時に医療を継続することはできないことにも留意しなければならない。

最新補助金情報のお知らせ

エネルギー・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>

第10回「東京都病院学会」全体プログラム一覧

Table with 8 columns: Main Venue, 1st Venue, 2nd Venue, 3rd Venue, 4th Venue, 5th Venue, 6th Venue, 7th Venue. Rows include event details like 'Opening Ceremony', 'Lunch Seminar', and various medical presentations.

Real estate advertisement for 'PROUD' in Chiyoda-ku. Includes aerial map, '千代田の要' (Key of Chiyoda) slogan, and details about the development project near Shinjuku Station.

Advertisement for '野村不動産' (Nomura Real Estate) featuring a search bar and contact information for 'P-千代田'.