

# 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)6月27日

第230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404号  
TEL:03-5217-0896 / FAX:03-5217-0898 / URL : http://www.tmha.net / E-mail : tmha@mri.biglobe.ne.jp

## 東京都地域医療構想(案) 策定を受けて

東京都病院協会副会長  
医療法人社団直和会理事長  
猪口正孝



猪口正孝

### 「血の通った」地域医療構想

「東京都地域医療構想(案)」(以下、「構想案」)が5月17日に地域医療構想策定部会で承認された。今後、上部会である医療審議会の承認を求めていることになるが、今回は「構想案」の概要を報告するとともに、読みどころや今後の医療機関の留意点について述べる。

まず「構想案」について強調したいのは、従来の地方行政に見られがちな「お役所」色ががわめて薄く、まさに「血の通った」文書になっていることだ。これ一冊を読めば東京都における地域医療構想がわかるようになっており、法律上の定義づけやデータが網羅されていることはもちろん、都民の医療を本当に良くしたいという視点や思いを随所に見ることが出来る。私は地域医療構想策定部会長として、東京都庁の担当官に対して法律上決められた作業を粛々と進めるのではなく、東京の抱

えている医療問題に関する「構想案」なりの解決策を盛り込むよう依頼したが、その要望に見事に応えていただいたと思う。策定部会員の皆様のご尽力とあわせて改めて敬意を表したい。

その象徴が第4章に掲載された「グランドデザイン」(2頁参照)である。今回初めて、東京都の保健医療体制がめざすべき将来像を掲げることになった。保健医療計画も従来は法律に従って進めていただけだったが、グランドデザインでは東京都の医療を充実させるために取り組むべきミッションを明示し、さらにそのミッションの実現に必要な目標を提起した。なかにはすでに着手している事業計画も含まれているが、それらについてもグランドデザインのなかでの位置づけや意味合いを書き込んでいる。

もう一つ、東京都の医療の実情を踏まえた計画とすべく、「病床整備区域」「事業推進区域」という考え方をもち込んだことも重要である。従来の二次医療圏は医療法第30条の4に従って設定したもののだが、東京都においては現実との乖離が甚だしく、医療法の定める一体区域を満たしていないことも明らかで、はつきり言えば現場の医療にはほとんど役に立たないものだった。この区割りのまま計画を策定しても文字通り「絵に描いた餅」になってしまう

え、そこで東京独自の解釈によって病床整備区域と事業推進区域を別個に設定し、議論を進めることにしたので。これはまさに「東京都の知恵」であり、この整理によつて議論は一気に進んだ。

## メールマガジン配信開始のお知らせ (会員限定サービス)

この度、東京都病院協会では、会員への情報提供のより一層の充実のため、メールマガジンの配信を開始いたします。行政からの通知、研修会のご案内等、会員病院の経営に資する情報をお送りいたしますので、ぜひご活用ください。

サービス登録方法等、詳細につきましては、別途ご案内をご参照ください。

引き続き、当協会活動へのご支援、ご協力をよろしくお願い申し上げます。

- 配信開始：平成28年7月より随時
- 登録制限：1病院につき2名までとさせていただきます。
- 登録方法：別途、ご案内いたします。

お問い合わせ

TEL : 03-5217-0896

FAX : 03-5217-0898

Eメール : tmha@mri.biglobe.ne.jp

### 病床稼働率から読み取るべきこと

こうした状況下で東京都の「構想案」は策定されたわけだが、文書自体は東京における医療の実態を丁寧に汲んだ内容になっている。1〜3章は法律で決められた内容、4〜5章では東京都独自の課題を記載するかたちで構成されている。第1章の前文に策定過程を丁寧に記載し、地域医療構想の意義を解説している。

第2章は東京都の現状と2025年の姿を述べているが、昼夜間人口比率を掲載して「実際の」医療需要に言及するなど、実情を真摯に追う姿勢がう

かがえる。具体的には区中央部、区南部、区西南部、区西部で昼間人口が夜間人口を上回っているが、日中に就労する人々が多い「都心部」はこの4圏域であり、それ以外の圏域は居住地域としての色合いが濃い「郊外」と定義づけられる。東京都では需給状況について「患者所在地ベース」でなく「医療機関所在地ベース」で把握して議論を進めたが、この考え方が「構想案」でも踏襲されている。

もう一つ注目したいのが病床稼働率である。高度急性期機能は83・9%と全国平均より9ポイントちかく高かったが、急性期、回復期、慢性期はいずれの機能も全国平均とほぼ同じくらいで推移していた。

急性期機能の病床稼働率については、葛飾区、足立区、北区、町田市で急性期病院を運営している私自身の感覚では「低い」というのが正直な感想

### 東京の将来の医療～グランドデザイン

誰もが質の高い医療を受けられ、安心して暮らせる「東京」

4つの基本目標

- I 高度医療・先進的な医療提供体制の将来にわたる進展  
～大学病院等が集積する東京の「強み」を活かした、医療水準のさらなる向上～
- II 東京の特性を活かした切れ目のない医療連携システムの構築  
～高度急性期から在宅療養に至るまで、東京の医療資源を最大限活用した医療連携の推進～
- III 地域包括ケアシステムにおける治し、支える医療の充実  
～誰もが住み慣れた地域で生活を継続できるよう、地域全体で治し、支える「地域完結型」医療の確立～
- IV 安心して暮らせる東京を築く人材の確保・育成  
～医療水準の高度化に資する人材や高齢社会を支える人材が活躍する社会の実現～

で、要因について今後、東京都はきちんと精査する必要があると思つてい  
る。稼働率の算定は病床機能報告をも  
とに行つているので、病床稼働率が極  
端に低い病院については原因を聞き取  
るなどして、ともに対応策を考えるこ  
とも検討すべきだろう。そこで理由が  
明らかになれば、とるべき手立ても見  
えてくる。

さまざまな理由が考えられ、たとえ  
ば医師・看護師が不足しているために  
病床を開けられないというのもあるだ  
ろう。従事者集めに日々苦勞している  
病院経営者としての皮膚感覚にも合致  
する。しかし従事者がいないために病  
棟を閉鎖し、稼働率低下を招いている  
ならば、仮に病床が不足しているから  
と言つてハコモノだけを新設しても、  
意味をなさないだろう。

病床過剰も一因と考えられる。しか  
し基準病床数以上に開設している地域  
の状況を見ると、区中央部以外は空床  
がかなり目立つ。そこで区中央部が急  
性期医療の需要を吸収しているために

他圏の急性期病床の稼働率が高くな  
らないという仮定が成り立つなら、やは  
り増床は不要ということになる。

また医療機関として地域に需要のあ  
る医療機能を担っているのかという視  
点も求められる。場合によっては病床  
機能の転換も検討すべきであろう。従  
事者が充足しているのに空床が目立つ  
のなら、需給に差異が生じているとの  
見方も成り立つ。

急性期医療の需要は現在高まつてお  
り、救急搬送件数も右肩上がりを続け  
ている。そのなかで病床稼働率が90%  
を割り込むのであれば、何らかの方針  
転換を考えるべきだろう。急性期医療  
を担うには人件費も設備投資もそれな  
りに必要であり、その回収も考慮しな  
ければならないはずである。

実際、回復期、慢性期はかなりの稼  
働率で推移しており、急性期機能だけ  
が低い状況なのだ。理事長・院長の「急  
性期医療」への思い入れは十分理解で  
きるが、地域において果たすべき医療  
は他にあるかもしれないのだ。今後、  
設備投資を検討する際にもこうした環  
境の変化と戦略の練り直しは必須とい  
えよう。

いずれにせよ、今後、患者が増えた  
としても病床を新設するだけでは問題  
は解決せず、さらに言うなら既存病床  
のテコ入れ・活性化による有効活用の  
ほうが効率的であることは明らかであ  
る。おそらく医療の質もそのほうが良  
質だろう。この数字からは、そうした  
議論を導くことができる。仮に急性期  
機能の病床稼働率がすでに90%を超え  
ているのであれば、本当に病床は不  
足するかもしれないという議論になる  
だろうが、そうではなかった。基準病

床を広げる形で病床を充実させるとい  
う政策は、不合理ということだ。

**医療機能の充足度は  
近接地域も含めて検討すべき**

第3章では構想区域ごとの特徴に言  
及している。各医療機能の充足具合を  
データで示すだけでなく、実際の受療  
動向や各医療機関の果たす役割、ある  
いは意見聴取の場が挙げた意見も載  
せるなど、手間のかかった報告をまと  
めている。病院経営者が足元の経営環  
境を考えるうえでの一助となると思  
う。

地域医療構想の推進にあたっては、  
地域包括ケアとの整合性への配慮も求  
められる。具体的には各地域で開かれ  
る調整会議で話し合うことになるが、  
東京都病院協会では地域包括ケアを支  
える入院医療体制の中軸は急性期・回  
復期機能であるとの見解を示してい  
る。仮にこの機能が不十分であれば、  
病床転換なり、新設なりして不足を解  
消していかねなければならぬ。そうで  
なければ高齢者が「安心して暮らして  
いける」地域づくりに支障が出るから  
だ。

ただし二次医療圏での完結に固執す  
る必要はなく、周りの地域の医療資源  
の活用も視野に入れたうえで、体制整  
備も視野に入れるべきということには、  
強調しておきたい。実際、自医療圏だ  
けでなく近接する医療圏も含めて急性  
期・回復期機能の完結率を見ると、ど  
の医療圏もおおよそ80～90%に達して  
いる。つまり近隣地域の医療資源を含  
めて考えれば、地域包括ケアを支える  
急性期・回復期はすでにほぼ充足され  
ているのだ。先述した急性期機能から

回復期機能への転換がさらに進めば、  
この体制はさらに強固なものとなり、  
地域住民の不安はほとんど解消される  
と言つていいだろう。慌てて病床・病  
院の新設に走る必要はない。むしろ重  
視すべきは連携体制の充実であろう。

高度急性期と慢性期については、遠隔  
で受療する患者も出てくるが、それを  
円滑に進めるための連携体制や情報共  
有の仕組みを東京都は構築していく必  
要がある。

第5章では保健医療計画で取り組み  
が不足している課題を提起している。

第7次保健医療計画策定に向けての、  
ある意味での「注文」ということもで  
きるだろう。

今回の策定作業で改めて痛感したの  
は、行政に望むことはほとんど伝えら  
れなかったということだ。「構想案」  
で示した内容はすべてが第7次計画に  
反映されるかどうかはわからない。し  
かし、保健医療計画は今後も続くし、  
予算は単年度でついでいく。そのアイ  
デアのもとになると思うし、東京の医  
療政策をより良いものにしていくの  
は、やはり現場の声なのだ。

## 平成28年熊本地震における 医療支援活動について

全日本病院協会救急・防災委員会 大桃 丈知氏



大桃丈知氏

### 【はじめに】

2日間に震度7の地震に2回見舞わ  
れ、家屋の倒壊などにより多数傷病者  
が発生した熊本地震は記憶に新しい。  
過去の災害において、全日本病院協会  
は医療救護班を組織して被災地で多  
様な医療救護活動を実施してきた。  
2011年に発災した東日本大震災で  
の経験をもとに、大規模災害における

病院や救護所等に対する支援体制を整  
備するために、13年度に災害医療支援  
活動体制の見直しを図り、災害時医療  
支援活動班として「A M A T」(All  
Japan Hospital Association Medical  
Assistance Team)の編成に着手し、  
隊員養成研修を定期的に開催してい  
る。今回の熊本地震に対しては、発災  
直後から複数のA M A Tを派遣し、現  
地で多種多様な医療救護活動を展開し  
た。本震を受けて派遣された先遣隊の  
A M A T 4隊の活動、および実施され  
たA M A T活動全般について報告する。

### 【活動概要】

活動当初は、A M A T先遣隊として、  
主として会員病院への支援を視野に

A M A T 現地対策本部を立ち上げた。超急性期には公的支援体制だけでは把握しきれない会員病院に対して個々に被災状況とニーズを聴取しつつ、後続2隊が到着した18日以降は、活動対象を広げて避難所への巡回診療のニーズ調査を行い、3カ所に分かれて医療支援活動を実践した。

今回の支援は、日本医療法人協会との共同作戦として行われ、先遣隊の派遣、Push型の支援、現地活動拠点本部への事務局員派遣駐在などの特徴がある。

**【活動報告】**

**1、発災→出動→被災地到着**

4月14日(結果的に前震)の震度7のマスコミ報道を受けて、白鬚橋病院A M A Tは即座に先遣隊出動態勢を整えた。情報を収集した結果、被害規模と支援ニーズと移動距離を鑑み、4月15日15時に待機解除となった。しかし、4月16日未明の本震の発生を受けて、再び出動態勢を整え、16日11時46分、全日本病院協会救急・防災委員会A M A T先遣隊として①会員病院を中心とした地域の被災状況の調査、②医療支援ニーズの確認および③A M A T活動の実施の任を帯びて出動した。

熊本空港は閉鎖されていたため、空路福岡空港に移動した。当初新幹線を用いた移動を想定していたため、空港でのレンタカーの事前手配ができておらず、レンタカーの確保に難渋し、確保までに1時間30分を要した。その後、陸路で一次参集拠点に指定された福岡県久留米市の田丸中央病院に移動し、熊本に至る道路状況などの情報を提供していただいた。九州自動車道が

閉鎖されていたため、一般道を用いて最終目的地である熊本市西区の青磁野リハビリテーション病院に移動した。高速を使えばおおよそ40分の道のりを、3時間余りを費やした。青磁野リハビリテーション病院自体も被災しており、各所に亀裂が見られ一部天井や壁は崩落し、上水の供給が絶たれた状態であったが、電力は供給されており、入院診療は継続されていた。

**2、A M A T 現地活動拠点本部 立ち上げ→情報収集**

病院の一室を借用し、A M A T 現地活動拠点本部を立ち上げ、金澤理事長からご提供いただいた県医師会経由の情報をもとに、E M I S(※1)から最新の情報を追加収集した。

その後、東区にある熊本赤十字病院のD M A T(※2)活動拠点本部に医療救護班としての参集登録を実施し、本部長にA M A Tの活動方針を伝達し、医療機関の被災状況や余震および降雨の安全情報について情報交換を行った。4月17日以降は、以下の方法により情報を収集した。

- ・会員病院や被災した病院への直接訪問調査
- ・熊本県内の75カ所の会員病院へ電話を用いて聴取
- ・他地域に到着した初動A M A Tからの情報提供
- ・青磁野リハビリテーション病院は、支援物資供給の基地機能も担っており、支援物資と交換に被災情報を収集し共有した。

**3、物的医療支援の実際**

発災後から超急性期における水不足は、医療・介護施設にとっては、衛生環境の悪化に加えて、調理不可による

配食の停止や透析医療提供の停止が問題となっており、push型の水支援は特に有効であった。

**4、医療機関に対する 人的医療支援の実際**

前述の方法手段により収集した情報をもとに、支援検討5病院をリストアップした。

現地対策本部で2病院に絞り込み、支援実施開始の可否については、全日病災害対策本部の判断を仰いで決定した。

- ・東病院(南区)

崩壊の恐れがあり全病院避難となった病院からの避難入院患者を一時的に受け入れるためにD M A Tからの要請に応じて、通常63床のところ、主にリハビリテーションスペースを利用して106床に緊急増床して医療提供の場を提供した全日病会員病院。

一時的に受け入れた避難入院患者の転院後も増床分を順次縮小しつつ活用して災害弱者(要援助者)の救急傷病者を積極的に受け入れて、継続的に医療を提供していた。

増床スペースは元々入院スペースではないためナースコールなどの設備はなく、本来の病棟からは隔離されているため、既存の職員ではケアは困難な状況であり、D M A T 4隊の24時間投入により、マンパワー不足に対応していた。しかし20日に予定されているD M A Tの撤退に伴い、増床分の縮小・解消が急務であるものの周囲の医療機関の状況により転院が進んでおらず、増床分の継続ケアの為にD M A Tにかわる医療チームの派遣が必須な状況にあった。

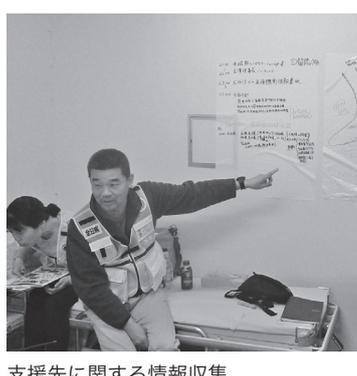
19日朝、日本D M A T 現地対策本部長よりA M A Tへの正式な支援要請を

受けて、本部任務から離れた白鬚橋病院A M A T隊が病院支援実働隊として東病院の支援に入った。

東病院で活動していたD M A Tから申し送りを受け、病院支援の任務を引き継いだ。

支援開始にあたり東謙二理事長ら病院幹部と支援の範囲・規模・ゴールを話し合った。支援の範囲としては、増床分の病棟管理(正常化に向けて最大10床に制限)、通常夜間救急1名が9名に増加している事実と、4月25日以降は当直医の確保が可能な見込みを受けて、4月24日までの当直業務支援とした。支援の規模は、継続的にナース力を増強したA M A T 1隊を24時間継続的に投入することとした。支援のゴールは、4月24日までに増床分の転院もしくは本体病棟への転床を進め、5床オーバーまで減床できれば残床は病院本体で吸収し、増床を終了させることとした。

この計画に基づき、白鬚橋病院(東京)↓永生病院第1陣(東京)↓赤穂中央病院第2陣(兵庫)↓永生病院第2陣(東京)↓霧島記念病院(鹿児島)



支援先に関する情報収集

と切れ目なくA M A Tによる医療支援のバトンをつなぎ、予定通り4月24日に支援を終了した。

- ・宇城総合病院(宇城市)

バックアップ可能な公的医療機関から離れた位置にあり、主として外科系診療体制の整った病院で、震災後2日間に発生した150名程度の外傷傷病者に対して、D M A Tの支援はなく、自前で外科系診療を提供していた。

周囲の医療機関の再開の遅延が影響し、外来傷病者数が通常の2倍に及び、内科系の患者の増加が見込まれる状況にあり、地域の医療機関が再開するまでの期間、増加する内科患者に対する医療支援が必要な状況にあった。

永生会の安藤理事長と江上病院長との会談を経て20日以降、夜間の内科系当直業務支援を開始し、南多摩病院(東京)が第1陣↓第2陣とバトンをつなぎ、4月28日まで支援活動を行った。

**5、避難所巡回診療に対する 人的医療支援の実際**

初動A M A Tとして東京から参集していたA M A T 2隊を、19日から熊本市区および東区に振り分けた。任に



東謙二理事長(左から4人目)を中心に、DMAT(右4人)からAMAT(左3人)への業務の引き継ぎ風景

※1 = 広域災害救急医療情報システム。Emergency Medical Information System  
 ※2 = 災害派遣医療チーム。Disaster Medical Assistance Team

ついたAMATは、各区の初動期の巡回診療体制構築の一翼を担い、2日間

4月18日夕方の時点で、人口19万人の東区内に42カ所の避難所があり、2万3820名の避難民がいることが確認できていた。最大の避難所は1800名収容の月出小学校だが、いずれにも定点診療所は設置されておらず、南多摩病院AMAT第1陣(東京)を含めた5チームが担当地区を割り振

### 私の医道

福井光壽

元東京都医師会会長

私が東京都医師会会長在任中に手がけた事業のなかには、現在の医療が抱える主要課題に、他に先駆けて取り組んだものがいくつもある。

第12回

### リハビリ病院と訪問ステーション

#### 都医の先駆的取り組み

平成2年に開設した東京都リハビリテーション病院と、3年から議論され、東京都全域に広がった医師会立訪問看護ステーションはその象徴的存在だ。

開業当初こそ若干の赤字を生んだものの、以後はまずまずの経営状況で運営されている。この委託運営は東京都の評価も高く、これが契機となって葛飾区の東部地域病院、多摩市の南部地

域病院が、東京都と都医の出資による医療公社で運営されることになった。3年3月26日には天皇、皇后両陛下が行幸啓された。懇談の時間もあると

師会立の訪問看護ステーション設立を地区会長に強く呼びかけた。担当だった山田統正理事の尽力もめざましく、理事会で逐一設立状況を報告してくれ

#### 【最後に】

この度の地震災害によりお亡くなりになられた方々に対し哀悼の意を表しますとともに、被災地の一日も早い復興を祈念しております。我々の出動に理解を示し、温かく送り出し、いろいろなサポートをしてくださった皆様に深く感謝しております。

AMATが活動していた北区に急遽変更となった。

#### ・北区

区内47カ所に避難所が開設され、各避難所の収容人数は30〜1000名程度で、DMAT+日赤+AMATなどで区内を4ブロックに分けて巡回診療が開始されていた。

巡回診療の立ち上げ・初動に永生病院AMAT第1陣(東京)が従事し、その後は東京都医療救護班に業務が引き継がれた。

#### 【まとめ】

AMATとしては、初となる人的病院支援活動を熊本県内2病院に対して実現し得た。特にDMAT以降に病院支援を行う医療救護班としては、病院勤務の医療従事者で構成されたAMATが必須であり、かつ有効に機能した。

また熊本市内2区で巡回診療活動の体制構築・初動を成し得た。

災害対応の訓練を受けている全日本病院協会AMAT隊は、災害の初動期において、現地のCSCARTT(※3)の確立と実践において主導的な立場で加わり、重要な役割を担った。

#### 【課題】

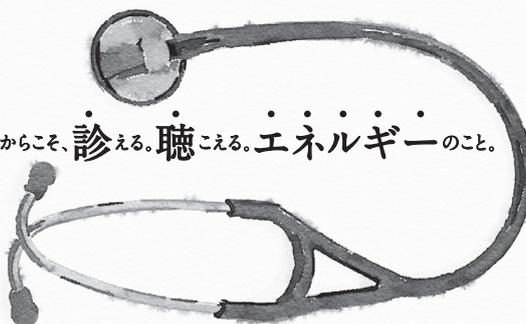
今後全国各地で発生が懸念される災害に対応するため、各ブロックのAMAT先遣隊の整備と、活動拠点における受援体制の整備とが望まれる。先遣隊が効果的に活動するためには、地元(被災地外)会員病院との連携による事前の移動手段の確保や、会員病院車両の借り上げなど兵站の整備が望まれる。

複数のAMAT隊が活動する現場においては、統括の役割を担うAMATの整備が望まれる。

### エネルギーの悩み、お聴かせください

東京ガスは約900件の医療施設へのエネルギー供給を通じて、医療業界に深く関わってきました。医療施設を取り巻く環境が変化している中で、災害対策・経営効率化・地域への貢献などの課題に対して、東京ガスは培ったノウハウを活かし、お客さまとともに解決策を探していきます。

東京ガスだからこそ、診える。聴こえる。エネルギーのこと。



### 東京ガスの電気

2016年4月から東京ガスは低圧のお客さま向けに電気の販売を開始しました。下記までお問い合わせください。

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

※3=災害医療の実践。多数傷病者発生事故に医療機関が対応するための戦術的アプローチを示したもので、①Command & Control、②Safety、③Communication、④Assessment、⑤Triage、⑥Treatment、⑦Transport—の7つの基本原則に要約される。