

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

MetLifeSM
メットライフ生命

2016年(平成28年)7月26日

第231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号室
TEL:03-5217-0896 / FAX:03-5217-0898 / URL: <http://www.tmha.net> / E-mail: tmha@mri.biglobe.ne.jp

地域包括ケアシステムで 地域をユートピアに

第12回東京都病院学会会長 桑名 斉 (社会福祉法人信愛報恩会)
信愛病院理事長



桑名 斉

はじめに

第12回東京都病院学会の学会長を仰せつかりましたので、一言ご挨拶を申し上げます。

前回は、山口武兼学会長が「医療の質向上を目指してー2025年の医療改革に向けて」をテーマとし、たとえシステムはどうあれ、医療の質は向上させなければならぬという基本的な大切な想いを訴えられました。今年度も引き続き2025年問題への対応が喫緊の課題でありますので、今学会のテーマをこれに即した「東京医療の未来ー地域包括ケアにおける病院の役割ー」としました。

大都市東京の現状をみると、システムをつくり変えることによってこれらの医療や介護はどうなっていくのか。私たちはどのようにしていくべきでしょうか、皆さまとともに考える場になりたいと思いますので、2017年2月26日には大勢の皆さま

のご参加を心からお願い申し上げます。

2025年問題

ここ数年、2025年に向けての地域包括ケアシステムづくりが、医療・介護施策の中心になっております。2025年問題の根本は、超高齢少子社会になったことです。いわゆる団塊の世代のすべてが75歳以上になる時期です。そして、その結果から導き出される大きな問題点は、多死、認知症の増加、がんの増加の3つに代表されると思います。

そうしたなか、国は地域医療構想策定を計画しました。地域医療構想は、すでに多くの都道府県で策定されつつありますが、病院が少ない地方においては計画が立てやすいものの、都市部では民間病院が多く、役割分担がなかなか困難です。したがって、病院間での具体的な調整が必要となります。

また、全国の医療機関のベッド数が16万20万床減少する一方、在宅医療を受けながら長期療養する高齢者は30万34万人に増えると予測されるなかで、最大の課題は医療計画と介護保険事業計画との整合性をいかに図るかにあり、医療介護総合確保促進会議で方針の見直しを検討されることになりました。とりわけ、市町村における医療計画が重要なのですが、在宅医療の二

ーズの高さに比べて供給体制が追いついていないという現状があります。

したがって、今後は看護・介護人材の確保や育成とともに、在宅医療を提供する診療所への支援、訪問看護師の確保や育成支援、人生の最終段階の医療、介護、緩和ケア、看取りなどを行う医療機関の支援などの具体的な施策を推進することが求められるところで

医療機能

東京都の地域医療構想策定の基礎データでは、医療機能ごとの2025年の1日必要病床数は、高度急性期1万5888床、急性期4万2275床、回復期3万4628床、慢性期2万973床、そして在宅が19万7277人と推計されています。15年の病床機能報告での届け出数では、高度急性期1万4697床、急性期4万616床、回復期3万4471床、慢性期2万2702床でしたので、これと比較すると、急性期、高度急性期、回復期の順で病床を増やさなければなりません。慢性期は削減する計画です。

しかし、患者の流入の調査は東京の特異性を浮きぼりにしています。高度急性期、急性期、回復期の順に、都心集中が著明である一方、慢性期の患者は都心から郊外への転院、あるいは他県への流出が顕著でありました。ちなみに、高度急性期、急性期の患者流入は、がん患者の動態が色濃く反映されていました。つまり、このままでは東京では住み慣れた地域で安心して一生を送るという地域包括ケアの理念は成り立たなくなるといわざるを得ません。したがって、高度急性期と急性

期は質の追求を、回復期と慢性期は量と質の充実を図ることが地域包括ケアに資するものと思われます。

多死問題

2013年の東京都の総死亡数は11万507人で、がんが30.2%と最も多く、心疾患が15.1%、肺炎9.1%、脳血管疾患8.8%、老衰が5.3%でありました。死亡の大半は70歳から95歳が占め、ピークは80歳から89歳です。

先ごろ、興味深いデータが厚生労働省から公表されました(7月6日「在宅医療にかかる地域別データ集」)。14年の人口動態調査によると、人口5万人以上の自治体での在宅死の割合は5.5%から25.5%と幅があり、最大4.65倍の差がありました。それぞれの地域の病床数や在宅医療の受けやすさ、孤独死の発生数などが関係しているようです。都内での在宅死率が高いところは、中央区の21.5%、葛飾区の21.7%でした。また、在宅療養支援診療所がある地域での在宅死率が高いことも分かりました。

病院の視点から考えると、病院で看取りを引き受ける余力がないため、在宅医療の充実が在宅死の割合に関わるということです。東京23区では、孤独死が在宅死の約35%を占めておりました。また、地域包括ケアシステムが完成する25年までには、地域で療養する高齢者が増えると推測され、在宅でどこまで看取ることができるのかの検討が重要になってきます。在宅医療、ケア、看取りを推進するということの基本には、80%が病院死である現状を変えようとする場合、推定年間死亡数

160万人(東京では約13万人)になった時には40万人強(東京では約3万人)の人たちの死に場所が確保されないことへの危惧が現実味を帯びてきたからです。このことは、単に死亡のみならず、そこに至る医療や介護の場が十分でないことも表しているのではないのでしょうか。

看取りについては、6月に閣議決定した規制改革実施計画のなかで、在宅での穏やかな看取りを推進する旨が示されました。国民向けの発表だとすると、在宅では穏やかに看取ることが可能だが、病院や施設では穏やかに看取れないという誤った誘導になる恐れを感じます。死に場所はどこであつても、要は看取り方の問題であることから目をそらすようにしているのしか思えません。なぜ、このような話になるのかをよく考えてみれば、病院での看取り期の医療費が高いことと、病床を削減していけば病院だけで看取ることが当然不可能になり、在宅死が増えて費用の削減につながるという理屈です。もしも国がいうように、80%の病院死を50%台に減らすことができれば、人生の最期に穏やかに死ぬる人が増えるといえるのでしょうか。むしろ在宅医療が不十分なままで計画が進めば、死に場所が定まらない、穏やかに死ねない、いわゆる「死に場所難民」が発生するのではないのでしょうか。

認知症の課題

次に、認知症医療に関するアンケート(「東京都認知症専門医療機関実態調査報告書」(2007年12月)では、外来診療のみ行っている医療機関は62・1%であり、自院入院可能な機関

が33・4%、入院を他院へ紹介している機関は30・8%でありました。自院入院が可能な病院の内訳は、一般病床43・4%、療養病床48・7%、精神科病床47・8%でした。入院の待機期間2週間以上を要するものは、一般病床で35%でありましたが、療養病床や精神科病床ではそれぞれ60%、61%と待機期間の長さが際立っていました。さらに、待機期間6カ月以上のケースは、療養病床では54・5%にも上っていました。また、認知症患者の平均入院期間をみると、40〜55%が6カ月以上の長期にわたっていました。

また、患者票からは、70%において介護者がいないということが分かりました。また、療養病床の入院患者のうち、認知症のために入院している割合は約10%でした。

今後、東京では高齢者の増加にともない、がんをはじめとする生活習慣病が増えると同時に、認知症患者や死亡数も激増すると予測されています。こうした慢性疾患に対する医療・介護のニーズは高くなる一方で、急性期志向の医療だけでは対応できません。したがって、東京での医療・介護一体化に向けては、看取りや認知症医療を得意とする慢性期医療機能の確保が一つの打開策でしょう。

おわりに

このような多死、認知症、がんの増加を抱えながら、住んでいる地域での暮らしを継続できるようにするためのサポートが、地域包括ケアシステムに求められることとなります。しかし、システムをつくるのが最終目的ではなく、たとえどのようなシステムであ

っても、住んでいる地域をユートピアにしようという努力こそが重要なのです。東京に限ったことではありませんが、社会が国民総生産にばかり目を向けるのではなく、国民総幸福量(Gross National Happiness)を追求

深刻化する高齢者救急医療

急性期医療委員会委員長 中西 泉



中西 泉

高齢患者の救急搬送状況が実態調査で明らかに

高齢者の救急医療が深刻化しています。これについて救急搬送患者調査結果、救急搬送データから見る高齢者事故、搬送先病院で生じる問題、の3点から考察します。

東京都福祉保健局は東京消防庁、稲城市消防本部と連携し、医療機関の協力のもとに救急搬送実態調査を行ってきました。調査期間は1週間とし、調査対象事例は消防機関(救急隊)が医療機関に救急搬送した全事例、対象医療機関は東京都地域救急医療センター、都内の救急告示医療機関及びその他の医療機関、となっています。最新の調査結果は2014年12月3日から

する時代になっていくべきです。そして、WHOの政策にもあるように、「すべての人に健康をHealth for All」を目的として、well-beingな社会をつくるための貢献が、われわれ病院の役割であると考えます。

12月10日にかけて行われたものです。傷病者の実態では65歳以上の高齢者数は年々増加の一途を辿り、今回救急搬送に占める割合が51・3%と初めて5割を超えました。因みに平成10年調査では30・9%でしたからこの16年で20%増加したことになります。

受入照会回数は1回での決定が69・4%で前回調査(平成24年調査)と比較し3・6%増加しています。また5回までに決定した割合も1・2%増加しています。これは東京ルールの浸透により、救急隊での待ち時間が減少し、医療機関への搬入が速やかになったことを示しています。これと並行して平均救急搬送時間も短縮が見られています。それでも65歳以上の高齢者では65歳未満に比べ長くなっています。

救急要請場所については高齢者施設等からのものが自宅からのものに比べ緊急・準緊急の割合が高い傾向がみられる一方、救急隊への情報は充分が63・5%と良好です。それに伴い搬送時間も自宅からの要請に比べ短くなっています。DNRやリビングウィル等の有無

について、「あり」の回答は、高齢者施設等では18・3%、自宅では2・5%と明らかな差異がみられています。高齢者施設等への入居に際してはこれらについてかなり明確に本人の意思が確かめられていることが窺われます。

救急要請者からかかりつけ医療機関への連絡に関しては「連絡あり」1097件に対して「連絡なし」3769件となっており、救急要請時にかかりつけ医の関与が強い現実が読み取れます。さらに「連絡あり」1097件についてもかかりつけ医による救急医療機関選定件数は434件で半数以下となっており、地域においてかかりつけ医と救急医療機関の連携が必ずしも密でないことが分かります。

日本独特の「入浴文化」が高齢者事故の背景にも

次に東京消防庁による救急搬送データから見る高齢者事故について考察してみます。2014年の高齢者事故救急搬送数は6万6022件で10年に比べ1万3086人の増加となつていいます。重症度に関しては「軽症」が約56%に対し、中等症以上が44%となっており、65歳未満の事故に比べ中等症以上の比率が高くなっています。換言すると4割以上は入院が必要ということになります。さらに高齢者でも年齢が上昇するにつれ、入院必要の割合が上昇していくという相関があります。

では高齢者ではどのような事故が多いのでしょうか。5年間の事故種別と救急搬送人員では「転倒」80・3%、「転落」11・1%、「ものがつまる」2・8%、「ぶつかる」2・4%、「おぼれる」1・0%、以下その他、となっています。

年次変化では「転倒」の増加が目につきます。転ぶ場所は「住居等居住場所」56・9%(住居等居住場所では屋内での転倒が9割を占めています)、「道路・交通施設」33・5%、以下その他、となすける内容です。

転落事故の発生場所は7割が「住居等居住場所」となっており、うち5割が階段です。

「ものがつまる」事故は低い比率ですが高齢者で入院となる中等症以上が5割を占めています。入院後もいったん救命したものの、遷延する意識障害や肺炎の重篤化等により治療に難渋し、長期入院を余儀なくされることは救急医療機関でしばしば経験されることです。

「おぼれる」事故についてはいくつか特記すべき点があります。その第1は中等症以上の入院が9割以上を占めていることです。救急搬送時心肺停止例が多く、死亡率が高いのです。第2に季節に偏りが見られ、冬場が圧倒的に多い点が挙げられます。第3に発生場所は「住居等居住場所」つまり入浴中が9割を占めていることです。

入浴中の事故という観点からするとわが国の入浴事故は欧米のそれに比較して圧倒的に多い、という特徴があります。哲学者の和辻哲郎の著作に「西洋の風呂は事務的だが、日本の風呂は享乐的だ」という一節がありますが、確かに日本人の入浴好きは文化レベルのものであるになっている、といつても差し支えないと思います。その一方で数字に表れた厳然たる事実があり、高齢社会における入浴は注意が必要です。事故が冬場に多い、ということは温度差を少ない状態、すなわち脱衣所

や浴室を温めておくことが事故防止につながることを示唆しています。また浴槽の形態にも注意を払う必要があると思われます。

ご存知のように和式の浴槽は洋式のそれに比べて深く、その分長さは短いものとなっています。和式の浴槽では入浴時、上半身と下肢にかかる水圧にかなりの差が生じます。この点で足を伸展した形で入浴する洋式浴槽では圧差が多くはありません。この違いがわが国の入浴事故の多さに関係しているように思われます。入浴中の「のぼせ」「湯疲れ」との関係が考えられ、意識障害を起こし結果として浴槽にうつ伏せになっているところを発見され、「おぼれ」と解釈されます。川や海で溺れる場合とは原因が異なる点が重要です。入浴に際し、脱衣室と浴室の温度差を少なくする、長湯を避ける、といったことは注意できます。最後に残るのが浴槽の構造です。ユニットバスとして組み込まれていることも多く、浴槽を含め浴室の改装は手間がかかります。わが国の住宅の抱える課題といえます。

「治療後」の課題が顕在化 病院単独の解決は難しい

最後に搬送先の医療機関での問題について述べます。

65歳以上が高齢者として分類されていますが、65〜74歳、75〜84歳、85歳以上、と分けてみるとその違いが気付かれます。まず回復力の違いが挙げられます。次に合併症の多少があります。心肺機能のみならず、筋力、視聴力低下は高齢になるほど増大します。認知症も85歳を超える高齢になると、

むしろあるのが当たり前のような現実に向面します。

これらに伴う院内での転倒、転落事故はどの医療機関も抱えている問題ですが、患者一人に職員一人を配置することは不可能です。それでも、ひとたびこのようなことが院内で発生した場合、家族を含めた世間の注ぐ眼差しは厳しく、それを一切許さない風潮もあります。これは時に医療スタッフの志気を殺ぎ、離職の原因となることがあります。

一方、高齢者の急性期病床での治療に伴うADL低下は必発であり、回復期リハビリテーションでの治療にもかかわらず、入院前の状態まで回復することが難しい事例も相当に見られます。問題は、そうした高齢者の在宅復帰を家族が拒否する例が散見されるということです。在宅での介護力が足りない場合はやむを得ないとしても、介護ヘルパーの手配もつき、家族も多いにもかかわらず、在宅を忌避する事例に邂逅することも稀ではありません。こうした姿勢の背景には家庭内に障がい者や病人がいることが耐えられない、健康人以外を排除する時代の風潮を感じます。寿命は有限であり、有病もまた許容すべきものではないでしょうか。

これまで述べた理由により、急性期病床での高齢者入院期間が延長してくるのは必然です。このため救急隊にとつては東京ルールで紹介時間が短縮した一方で搬入先医療機関では退院後の行く先がなかなか見つからず、ひいては次の急性期患者の受け入れが困難となる事象が生じているのです。独居高齢者の増加もこれに拍車をかけていま

す。

地域包括ケアシステムの円滑な運用には医療側として病院の努力だけでは

解決できない課題が山積しています。かかりつけ医―家庭医―の関与が望まれる所以です。

東京消防庁「救急搬送データから見る高齢者の事故」平成26年中のデータ
<http://www.tfd.metro.tokyo.jp/ife/topics/201509/kkansoudeta.html>

レポート

「環境人づくり企業大賞2015」で 環境大臣賞(大企業の部)を受賞

社会医療法人 河北医療財団

環境省主催の「環境人づくり企業大賞2015」で、環境大臣賞(大企業の部)を、社会医療法人河北医療財団が受賞。その取り組みを取材した。環境大臣賞は「地球環境と調和した企業経営の必要性を認識し、その実現のため自ら進んで行動する自社の社員

- (1) 育成に係る取り組みを行う企業に与えられるもので、同財団は最も優れた取り組みを行う企業として評価された。評価された具体的な取り組みは
- (2) 医師、看護師、技師、事務員による全員参加の活動を展開している



5月30日に環境省で表彰式が行われた。河北博文・河北医療財団理事長(右)と丸川珠代環境大臣(左)



近隣を清掃する様子

私の医道

福井光壽

元東京都医師会会長

- 減だけでなく、生ごみ等の循環型リサイクルの取り組みを通じた教育を行っている
- (3) 社内報「環境ニュースISO」は内容が充実しており、職員の環境意識向上に寄与している
- (4) アラウンド杉並健康ライフのパネル展示や環境ウォーキングの取り組みを通じた地域住民との交流を積極的に行っている

方針に「地球環境保全」を掲げ、1997年より環境マネジメント室を設置し、98年には国内の病院としては初めてISO14001認証を取得するなど、いち早く全職員による環境対策に取り組んできた。2008年からはマネジメントシステムをISOから切り替えて、「KES環境マネジメントシステム」に基づいて活動を展開している。

毎年、財団全体での環境保全のための重点テーマ①環境意識の高揚・教育、

②社会貢献、③省エネルギー、④リサイクル、⑤廃棄物の適性処理および減量を定め、それらのテーマをもとに各部署で独自の取り組みを行っている。目標設定も明確で、2015年度は廃棄物排出量を年間754・1トン、リサイクル率は81%以上維持といった具合だ。

一連の環境活動の要になるのが、「環境プロモーター」という仕組み。財団の施設・事業所の各部署のスタッフが毎年1人ずつ任命され、現在は約60人



環境プロモーター会議は毎月1回開催

れず、結局、頼りつばなしになってしまった。現在、事務局次長で頑張っている。

後任は小泉くんにぜひ務めてほしいと説得したが、「君を支えるためにやってきたのだ。君が辞めるなら自分も辞める」と言いつて聞かず、私とともに退任することになった。

辞任後の4月29日、天皇陛下より勲三等瑞宝章の叙勲の栄誉を拝した。この話を聞いた時は小泉副会長こそふさわしいと思ったが、こども小泉くんは固辞。徹頭徹尾、自分の信念を曲げない頑固な男だった。

5月12日、厚生省での勲記と勲章の授与式に臨んだ際、休憩室でソファに腰を下ろし、一つひとつの出来事を振り返った。多くの顔が浮かんだが、それぞれにめぐり合

い、思い出があった。医政にかかわって40年、とにかく後ろを振り返ることなく、常に前だけを見て突き進んだ。特に都医会長職には理事から副会長を一度も経験することなく、羽田春兔日本医師会会長の強い意向で就任したこともあり、何とか周囲の理解を得たいと緊張の連続であり、長いようでも短い期間だった。

もう一人、加えておきたいのは私の秘書役だった藤元朋子さんである。スケジュール管理はもちろん、細々としたことまで配慮が行き届いていた。任期中、秘書は藤元さんのほかは考えら

第13回

東京都医師会長の退任

多くの仲間たちから手紙や電話、決議文まで頂き、任期は全うすることにした。立候補は村瀬敏郎元会長から強い依頼があったため引き受けたもので、私の本意ではなかったが、人間の裏面に接し、また真の友人との強いむすびつきを得ることもできたという意味ではいい経験になった。

もう一つの大きな理由は、私が住職を務める繁成寺の建て替えと仏像の修復をどうしてもやらなければならなかったことである。寺に生まれ、寺があるからこそ今の自分があるという強

が務めている。環境活動を推進するため内部署の環境プログラムを作成し、目標の実行・評価・記録をとり、翌月以降の活動につなげていく。

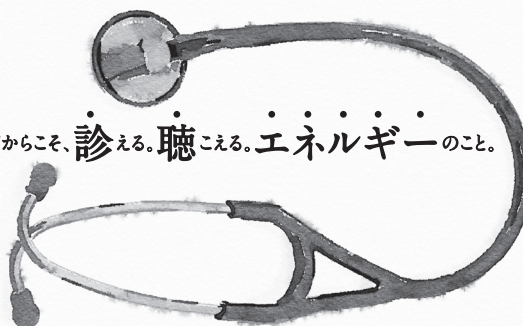
年1回の外部監査、全部署への内部監査による評価を受けて、さらなる改善に取り組む。内部監査で重視されるのはあくまで「部署全員の取り組み」。仮にその部署で目立つ取り組みや成果があったとしても、プロモーター一人によるものであれば高い評価は得られない。あくまで「全員で取り組んでいる」ことが重要なのだ。活動当初は「カ・ミ・ゴ・ミ・デンキ」の削減やリサイクル、敷地周辺の清掃などが中心だったが、現在では各部署がそれぞれの業務を踏まえて取り組む形に進化している。

この仕組みは職員教育の好機にもなった。環境プロモーターは早ければ2、3年目の職員が担うが、「担当部署のマネジメント」が評価の対象になるので、否が応でも自分の仕事だけでなく、皆の仕事を取りまとめる「経験」を積むことになる。「全員で取り組む環境対策」の波及効果は、環境保全にとどまらず、多方面に及んでいる。

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