

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

2017年(平成29年)2月23日

第238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

平成28年度診療報酬改定の影響について

医療法人社団永生会 永生病院 サービス支援課課長 渡部 雅人氏



渡部 雅人氏

【はじめに】

2016年度診療報酬改定の概要としては、①2025年に向けて、地域包括ケアシステムと効果的・効率的で質の高い医療提供体制の構築を図る、②地域包括ケアシステムの推進と医療機能の機能分化・強化、連携に関する充実等に取り組む——の2つが掲げられていました。改定率は、診療報酬本体ではプラス0.49%でしたが、薬価・材料価格を含めた全体改定率としてはマイナス0.84%となっています。地域包括ケアシステムの整備を進めるなかでの改定ということもあり小幅な改定であった印象です。今回は医療・介護の同時改定が控えており診療報酬の点数を大幅に引き下げること、体制構築を加速させることが予想されます。このような中でケアミックス病院である永生病院での改定の影響について報告します。

診療報酬改定にあたり15年12月の診療実績を元に食事療養費を含め現状のままの体制で、新規項目等には対応しない場合での置換えシミュレーションを行いました。すると病院全体では、マイナス1.21%となり非常に厳しいものとなりました。内訳としては、一般病棟プラス0.25%、障害者施設等病棟マイナス0.19%、精神科病棟マイナス0.49%、医療療養病棟マイナス0.26%でした。以下機能別で紹介いたします。

【一般病棟(42床)】

当院の一般病棟は主に整形疾患患者が入院する10対1入院基本料の病棟です。プラス改定となった要因としては、運動器リハの評価により5点の増点による影響に加え、「重症度、医療・看護必要度」の項目に見直しを加えられ、新たにC項目の評価が新設されたことがあります(次ページ参照)。これにより、それまでは基準数値までは届かなかつた看護必要度加算の要件を満たすことができるようになり、5月に届出を行っております。

【医療療養病棟(150床)、介護療養病棟(162床)】

この要件については削除されました。当院では3病棟144床があります。が、医療区分項目の見直しではそのうち酸素療法実施者20人が医療区分3から2へ、頻回な血糖検査項目では8人が医療区分1へ移行しました。うつ状態に対する治療の項目では該当者はいませんでした。2人の精神科指定医がいますので今後対象者が出た場合でも対応が可能です。

【精神科病棟(70床)】

経腸栄養の提供による影響は特に大きく、月70万円の減収となりました。療養病棟においては、直接の改定への対策ではないものの一昨年12月より1病棟を地域包括ケア病棟とする取り組みを行うとともに、当院の介護療養病棟4病棟のうち1病棟を医療療養病棟へ転換して院内の病床再編を行いました。地域包括ケア病棟の要件であるデータ提出加算、在宅療養後方支援病棟の取得、リハビリ単位数実績、医療・看護必要度看護割合、看護配置実績等院内体制の構築について基準取得への対応を行いながら、院内各部署で進めました。

【医療療養病棟(144床)、介護療養病棟(118床)、地域包括ケア病棟(50床)】

療養病棟に関する改定は、療養病棟入院基本料2における医療区分2、3の患者5割以上が要件化や酸素療法で区分3の対象要件見直し、うつ状態で精神科指定医以外の投薬は医療区分1、頻回な血糖検査でインスリン製剤等の注射なしは医療区分1と項目についての見直しがされました。在宅復帰強化加算の施設基準についての計算式が急性期等から受け入れた患者の在宅復帰が適切に評価されるように変更され、1割以上とされました。また自院からの転棟患者のみ「入院期間1カ月以上」という制限となり、病床回転率

療養病棟に関する改定は、療養病棟入院基本料2における医療区分2、3の患者5割以上が要件化や酸素療法で区分3の対象要件見直し、うつ状態で精神科指定医以外の投薬は医療区分1、頻回な血糖検査でインスリン製剤等の注射なしは医療区分1と項目についての見直しがされました。在宅復帰強化加算の施設基準についての計算式が急性期等から受け入れた患者の在宅復帰が適切に評価されるように変更され、1割以上とされました。また自院からの転棟患者のみ「入院期間1カ月以上」という制限となり、病床回転率

なかでも一番苦労したのが、療養病棟と地域包括ケア病棟の在宅復帰率が5割から7割(復帰対象施設の違いはある)となることでした。現状の療養病棟の医療区分2、3の割合を8割以上の重症患者の受入を維持しながら、地域包括ケア病棟での在宅復帰率7割以上の実績もつくる必要があります。毎週関係者との打ち合わせの実施と、院内各所での立ちミーティングが行われました。結果、地域包括ケア病棟の受け皿として他の療養病棟1病棟を7月に新たに在宅復帰機能強化加算病棟としました。続いて9月に地域包括ケア病

図 一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の見直し

急性期に密度の高い医療を必要とする状態が適切に評価されるよう、一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」について見直しを行う。	
改定前	改定後
(一般病棟用重症度、医療・看護必要度に係る評価票)	(一般病棟用重症度、医療・看護必要度に係る評価票)
【該当基準】 A項目2点以上かつB項目3点以上	【該当基準】 A項目2点以上かつB項目3点以上、 A項目3点以上又はC項目1点以上
[A項目] 1 創傷処置 (①創傷の処置 (褥瘡の処置を除く)、②褥瘡の処置) 2 呼吸ケア (喀痰吸引のみの場合を除く) 3 点滴ライン同時3本以上の管理 4 心電図モニターの管理 5 シリンジポンプの管理 6 輸血や血液製剤の管理 7 専門的な治療・処置 ①抗悪性腫瘍剤の使用 (注射剤のみ)、②抗悪性腫瘍剤の内服の管理、③麻薬の使用 (注射剤のみ)、④麻薬の内服・貼付、坐剤の管理、⑤放射線治療、⑥免疫抑制剤の管理、⑦昇圧剤の使用 (注射剤のみ)、⑧抗不整脈剤の使用 (注射剤のみ)、⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、⑩ドレナージの管理	[A項目] 1 創傷処置 (①創傷の処置 (褥瘡の処置を除く)、②褥瘡の処置) 2 呼吸ケア (喀痰吸引のみの場合を除く) 3 点滴ライン同時3本以上の管理 4 心電図モニターの管理 5 シリンジポンプの管理 6 輸血や血液製剤の管理 7 専門的な治療・処置 ①抗悪性腫瘍剤の使用 (注射剤のみ)、②抗悪性腫瘍剤の内服の管理、③麻薬の使用 (注射剤のみ)、④麻薬の内服・貼付、坐剤の管理、⑤放射線治療、⑥免疫抑制剤の管理、⑦昇圧剤の使用 (注射剤のみ)、⑧抗不整脈剤の使用 (注射剤のみ)、⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、⑩ドレナージの管理、⑪無菌治療室での治療 8 救急搬送後の入院
[B項目] 8 寝返り 9 起き上がり 10 座位保持 11 移乗 12 口腔清潔 13 食事摂取 14 衣服の着脱	[B項目] 9 寝返り (削除) 10 口腔清潔 (削除) 11 移乗 12 食事摂取 13 衣服の着脱 14 診療・療養上の指示が通じる 15 危険行動
	[C項目] 16 開頭手術 17 開胸手術 18 開腹手術 19 骨の手術 20 胸腔鏡・腹腔鏡手術 21 全身麻酔・脊髄麻酔の手術 22 救命等に係る内科的治療 ①経皮的血管内治療 ②経皮的心筋焼灼術等の治療 ③侵襲的な消化器治療

回復期リハ病棟においては、経過措置

【回復期リハ病棟(100床)】

食事・居住費が保険負担から患者負担となりませんが、地域包括ケア病棟においては上記病状等に該当しないため、2万円弱の患者負担金が発生することがわかりました。これには病床種別の変更でしか対応できません。

【その他】

認知症患者への適切な評価として、

棟を取得、11月には介護療養病棟を医療療養病棟へ転換できており、増収につながっています。余談となりますが地域包括ケア病棟取得の後で課題が出てきています。療養病床に入院する65歳以上の患者の場合には、医療区分2、3に該当する患者や回復期リハ病棟入院料を算定する患者、短期滞在手術基本料2を算定する患者等、重篤な病状又は集中的治療を要する者等に該当しない場合には、食事・居住費が保険負担から患者負担となりますが、地域包括ケア病棟においては上記病状等に該当しないため、2万円弱の患者負担金が発生することがわかりました。これには病床種別の変更でしか対応できません。

置期間を設けてのアウトカム評価が導入され、一定水準に達しない医療機関については疾患別リハビリの6単位を超過するリハビリテーションは入院料に包括されることになりました。アウトカム評価の実績指数の計算式等について試算や最悪の場合を想定した施設基準の変更までが検討された末、入院相談件数は変わらないが、回転率の向上により一時は病床利用率が過去にない70%台まで下がりました。当院には2病棟の回復期リハ病棟があり、以前は脳血管疾患系と整形外科系となっていました。現在は入棟時に振り分けを行うことで回復し、提供体制も変えることなく、基準の維持もできています。

認知症ケア加算が新設され6月より加算2を取得し提供を開始しました。今後認知症高齢者の増加が見込まれることから、更なる充実を図ってきたいと考えています。また、退院支援及び地域連携としてこれまで地域連携パスの活用がりましたが、要件が変更となったことでも連携ができてきたところにも混乱が生じ、現在はほとんど連携ができていない状況となりました。これはとても残念に思います。

介護療養病床の機能が必要である理由

進藤 晃 慢性期医療委員会委員長



進藤 晃

【やいこに】 今改定では、主に療養病床機能を再編することにより、院内全体の連携機能を強化・充実させました。今後もケアミックス病院である当院の多様性の機能を活かし院内外とさらに連携を強化し、2025年へ向けて本医療圏での地域包括ケアシステムの構築を進めることが先取り対策になると考え、実践していこうと思います。

「介護医療院」として機能はほぼ存続の方向 2017年度末で25対1医療療養病床と介護療養病床を廃止するとの方針のもと、厚生労働省の社会保障審議会「療養病床の在り方等に関する特別部会」で議論が続けられ、昨年12月に「療養病床の在り方等に関する議論の整理」という意見書のかたちでまとめられた。これを受けて厚労省はこれまで「新類型」として議論を続けてきた後継施設について「介護医療院」とする

ことなどを盛り込んだ介護保険法改正案を与党・自民党の厚生労働部会で説明し、おおむね了承を得たとの報道があった。内容についてはさまざまな意見があり、一定の評価をすべきとの見解もある。ある有識者は、①施設基準に関しては1床あたり6・4㎡を次の建て替え時までは認める、②人員配置は介護病床のそれをそのまま継続させる、③移行期間は6年間とし、最初の3年間は介護療養病床からの移行しか認めないなど、「医療法下でのベッドを存続させる」こと以外はすべて現場側の主張を盛り込んだのだから、今回の意見書の内容についても評価すべきだと語っていた。確かに12年前にこの議論が始まった時は「介護療養病床は不要」が出発点で、介護療養病床の果たす役割についてまったく理解を得られていなかったことを考えれば、「後継

機能」を用意できたこと自体、大きな成果と言える。これは関係各位のご尽力の賜物に他ならず、あらためて敬意を表したい。 「医療法から外れること」の重大性 しかし、最大の問題は「介護医療院」が「医療法の下を外れる存在」となってしまうことなのだ。介護療養病床は収入こそ介護報酬から得ているが、施設は医療法に基づいて整備している。この違いは大きい。医療法下から外れた「施設」で、介護療養病棟に入院しているような患者に対して十分な医療を提供できるかといえ、かなり難しいと言わざるを得ない。 たとえば医療法では、施設に対して薬局やレントゲン室の設置を求めているが、介護保険法下での施設要件では必須ではない。介護施設のなかでは比較的医療設備が整っている介護老人保健施設さえ、これらを設けているところはほとんどないだろう。言うまでもなく介護療養病棟はいずれも備えており、必要に応じて投薬なども行える。介護療養病床に入院する患者の多くは肺炎を起こすリスクを抱えているが、肺炎が否かについて、レントゲンも使えないなかでどう判断を下すのか。平成26年に慢性期医療委員会が実施した「東京都における長期療養高齢者の看取りの実態に関する調査」では、死亡退院が58%を超え、その死因の31%が「肺炎」だった。もちろんこの割合は最多である。 さらに言えば、医療法下では感染委員会や褥瘡対策委員会の設置も求められており、これらの活動状況について

療養病床の在り方等に関する特別部会(第4回)に事務局が提示した議論のたたき台(抜粋)

I. 医療機能を内包した施設系サービス									
平成29年度末に設置期限を迎える介護療養病床等については、現在、これらの病床が果たしている機能に着目し、今後、増加が見込まれる慢性期の医療・介護ニーズへの対応、各地域での地域包括ケアシステムの構築に向けて、地域の実情等に応じた柔軟性を確保した上で、その機能を維持・確保していく。									
新たな施設									
(I) (II)									
基本的性格	要介護高齢者の 長期療養・生活施設								
設置根拠(法律)	介護保険法 ※生活施設としての機能重視を明確化。 ※医療は提供するため、医療法の医療提供施設にする。								
主な利用者像	重篤な身体疾患を有する者及び身体合併症を有する認知症高齢者(療養機能強化型A・B相当) 左記と比べて、容体は比較的安定した者								
施設基準(最低基準)	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th style="width: 50%;">介護療養病床相当 (参考：現行の介護療養病床の基準)</th> <th style="width: 50%;">老健施設相当以上 (参考：現行の老健施設の基準)</th> </tr> <tr> <td>医師 48対1 (3人以上)</td> <td>医師 100対1 (1人以上)</td> </tr> <tr> <td>看護 6対1</td> <td>看護 3対1 ※うち看護2/7程度</td> </tr> <tr> <td>介護 6対1</td> <td></td> </tr> </table> <p>※医療機関に併設される場合、人員配置基準の弾力化を検討。 ※介護報酬については、主な利用者像等を勘案し、適切に設定。具体的には、介護給付費分科会において検討。</p>	介護療養病床相当 (参考：現行の介護療養病床の基準)	老健施設相当以上 (参考：現行の老健施設の基準)	医師 48対1 (3人以上)	医師 100対1 (1人以上)	看護 6対1	看護 3対1 ※うち看護2/7程度	介護 6対1	
介護療養病床相当 (参考：現行の介護療養病床の基準)	老健施設相当以上 (参考：現行の老健施設の基準)								
医師 48対1 (3人以上)	医師 100対1 (1人以上)								
看護 6対1	看護 3対1 ※うち看護2/7程度								
介護 6対1									
面積	老健施設相当(8.0㎡/床) ※多床室の場合でも、家具やパーテーション等による間仕切りの設置など、プライバシーに配慮した療養環境の整備を検討。								
低所得者への配慮(法律)	補足給付の対象								

の定期的な検査も入る。しばしば「療養病床の患者は状態変化が著しくない」という指摘を耳にする。これは誤解である。療養病床の患者の状態は、放っておけば当然、悪化する。人材、設備が整った環境下で安定するように尽力しているからこそ、状態変化を抑えられるのだ。

「介護医療院」の施設基準などの議論は、社会保障審議会介護給付費分科会に引き継がれていくことになるだろうが、どこまで具体的な話が進むのか、正直かなり疑問だ。医療法で定めた施設要件の話も、介護保険の議論をする場でもどこまで詰められるのか。厚労省側としては医政局から老健局に引き継がれるわけだが、ぜひ両者の綿密な連携を求めたい。

強調しておきたいのは、私たちは介護療養病床の存続を強く訴えており、これを取り下げるつもりはまったくないことだ。こうしたことを考えていくと、介護療養病床を存続させることが、今いる患者、家族、ケアする私たち、そして行政と、皆にとって最善という結論に行き着くからだ。

在宅療養の受け皿を担う

地域医療構想策定のなかで厚労省から示された必要病床数推計によると、東京都内の病床は現状のままでは約8000床が足りなくなると見込まれているが、これも実情を考えあわせてうえで受け止める必要がある。機能別

で見ると高度急性期、急性期、回復期、慢性期のうち、とりわけ「回復期」が不足すると予測されているが、この推計は患者の疾病構造も受療行動も現状のままであることが前提になっていることに留意しなければならない。

たとえば今後、在宅療養患者はますます増えていくと予想されるが、慢性期病院もそれを支える責務があると思う。安藤高期副会長は「慢性期救急医療」という考え方を提唱していたが、レスパイト入院への対応を含め、慢性期型の医療が患者の対応に適している場面も多くあるからだ。

実際、先日「慢性期救急」の必要性を感じさせる案件が起きた。一般病棟と地域包括ケア病棟のケアミックス病院に、在宅療養を続け、認知症も抱える患者が入院した。理由は夫の介護を続けていた妻が過労で体調不良になり、面倒を見る人がいないというものだった。夫のほうは救急車を呼んで搬送したのだが、病院側はそうした患者の対応に不慣れだったのか抑制せざるを得なくなり、患者のせん妄がひどくなってしまう。

このことがたまたま私の耳に入り、急いで当院に転院してもらおうことでようやく落ち着いた。現在も入院中だが、とても穏やかに療養生活を送っていたに違いない。このように高齢者の不安解消や認知症への対応については、やはり慢性期病院のほうが一日の長があるのだ。

「慢性期版東京ルール」を提唱する

医療施設が提供している機能を考えてみると、やみくもに8000床を増やせばいいというものではない。一口に「回復期」と言っても、従来の成人向け医療と同じような体制での医療提供では不十分であることは言うまでもない。この場合も地域包括ケア病棟に入院していたものの、慢性期医療的なケアを十分に提供できる体制は整っていないから、リハビリテーション以外は寝たきりという環境下で廃用症候群が進行し、かえってQOLの低下を招いてしまう例も少なからずあるはずだ。

今後の医療需要を見据えるならば、回復期機能の充実も、急性期からの転換だけでなく、慢性期病床の機能強化によっても補うことが望ましい。もちろんすべての慢性期病院が現在の体制のままで回復期機能を担えるかというと、それは難しい。しかし、急性期医療の延長で対応できないケースがあることは、今述べた例からも明らかだ。

もう一つ、慢性期医療においても入院ニーズと空床情報結び付けられるネットワークの構築も呼びかけたい。都区部では在宅患者が介護疲れ等で苦

しむ家族が多く、特別養護老人ホームを新設するという案も出ている。しかし、建物だけ造ってもそこで働く人材不足や赤字経営では文字通り「無用の長物」となってしまう。それよりも空床が目立ってきた都内多摩地域の慢性期病院や老人保健施設・特別養護老人ホームを活用したほうがよほど現実的である。

医療・介護需要の受け皿は、わざわざ新たに設けなくても、すでに都内にあるのだ。都区部のなかには電車で1時間以上揺らなければならない場所にある病院への転院に抵抗を覚える人がいるかもしれない。しかし、介護疲れが最悪の結末を招いている実態を看過するわけにはいかない。まさに「ワン・トゥキョウ」としての取り組みが求められているのだ。ただし、それには両者の橋渡し役を果たす人的ネットワークが欠かせない。これを「慢性期版東京ルール」と呼称し、その構築を提唱して本稿の結びとする。

「慢性期版東京ルール」を提唱する

医療施設が提供している機能を考えてみると、やみくもに8000床を増やせばいいというものではない。一口に「回復期」と言っても、従来の成人向け医療と同じような体制での医療提供では不十分であることは言うまでもない。この場合も地域包括ケア病棟に入院していたものの、慢性期医療的なケアを十分に提供できる体制は整っていないから、リハビリテーション以外は寝たきりという環境下で廃用症候群が進行し、かえってQOLの低下を招いてしまう例も少なからずあるはずだ。

今後の医療需要を見据えるならば、回復期機能の充実も、急性期からの転換だけでなく、慢性期病床の機能強化によっても補うことが望ましい。もちろんすべての慢性期病院が現在の体制のままで回復期機能を担えるかというと、それは難しい。しかし、急性期医療の延長で対応できないケースがあることは、今述べた例からも明らかだ。

もう一つ、慢性期医療においても入院ニーズと空床情報結び付けられるネットワークの構築も呼びかけたい。都区部では在宅患者が介護疲れ等で苦

報告

第5回首都災害医療センター(仮称)基本構想検討委員会 移転用地取得に向けた予算はゼロへ 夏頃のとりまとめをめぐり議論継続

東京都は2月1日、「第5回首都圏災害医療センター(仮称)基本構想検討委員会」を開催した。冒頭、都事務局から次のような説明があった。「4月以降も継続し、夏頃をめどにとりまとめをお願いしたいと考えている。また当委員会での議論にもう少し時間が必要との判断から、国有地である『こどもの城跡地』の取得は、今年度はい

つたん見送ることとし、用地取得のために確保していた今年度予算370億円についてもゼロとすることを、第1回都議会定例会に付議することとなったので、あわせて報告する。なお当委員会での審議の結果を踏まえ、あらためて国有地の取得が必要となる場合には、都議会への説明も含め、担当の対応も適切に行っていくことになる」

今回は①地域の健康増進に向けた貢献、②外国人患者受入れ対応、③論点整理案——が議論された。

①地域の健康増進に向けた貢献
安藤高夫委員(東京都医師会理事)が東京都医師会が推進するフレイル予防に向けた取り組みを紹介し、「ソーシャルフレイル予防」のようなかたちで広げていくことを提唱したほか、取り組みの多くは診療報酬ではなく市区町村の「生活総合支援事業」の一環で行われることから、それらの財源が病

院にも振り向けられることへ期待感を示した。

②同院の外国人患者受入
日本在住の外国人が91%を占め、続いて旅行者が9%、メディカルツーリズムでは皆無との報告があった。

江川直人・広尾病院院長は、同院の新規患者のうち6・5%が外国籍の患者で占められており、東京オリンピックに対応する観点からも「外国人を含むあらゆる患者さんから選ばれる病院」をめざしてさまざまな取り組みを

進めていると報告した。

具体的には「コミュニケーション」対応に力を注いでいる。同院の場合、英語を話すアメリカ人が多く85%は英語を話す人たちという状況を踏まえ、まずは英語対応の強化に着手しているという。英語に堪能な看護師が医療提供面での対応を中心に担っているほか、通訳についても英語対応が可能なスタッフ2人、中国語対応が可能なスタッフ2人が在籍している。他にも外来には通訳アプリを装備したタブレット

ト端末を設置しているほか、夜間対応の一環で、英語以外にもさまざまな通訳を24時間体制で行えるサービス事業者と契約しているという。案内板についても英語版を用意するといった対応を進めている。

③論点整理案
広尾病院の「中核機能」について三次救急医療、島しょ医療、災害医療の3つが挙げられたほか、強みとして外傷系、循環器系医療の体制の充実ぶりが指摘されている。

安藤委員は「前回も提案させていた

私の医道

唐澤祥人
元日本医師会会長

唐澤医院を引き継いで13年が経過し、すっかり地域にとけこんだ昭和57年のある日のこと。町内会長や元会長が訪ねてきて思わぬことを切り出した。

「司法保護司になれ」という。軽犯罪を犯したり、非行に陥ったりして保護観察処分になった人の保護・更生を目的に、暮らしぶりを確認し、支援する仕事だ。それまでも町の民生委員や町内会役員らが分担していたそうで、「唐澤先生も加わってくれ」とのことだった。

第6回

司法保護司の仕事

この話を聞き、また対象者との面談を重ねていくうちに保護司の仕事は医療と通じるものがあると気づいた。私は診療にあたって「論ずるのではなくわかっていただく」という姿勢を大事に

2人を担当していた。今もこの制度はあるが、本人の更生を支える仕組みとしてとても重要だと思う。いきなり社会に放り出されて誰の手も借りられないのは不安だし、誰かが温かい目で見守ってくれることで得られる安心感は何物にも代えがたいからだ。地域にとっても保護司の存在は安心につながるだろう。

保護観察期間が過ぎると本人との交流は基本的になくなるのだが、なかには10年以上経ってから便りを届けてくれる者もいた。文面を見ると会社を経営しているとのことだった。

している。治療法にしてもこちら側の押し売りでなく、よく説明して患者さん自身に選択してもらうことが大事になる。特に糖尿病のような生活習慣に起因する疾患の場合、本人の日常生活に対する意識が欠かせない。医師があれこれ言ったり、治療を施したりしても、肝心の本人に治す気がなければ効果は半減してしまう。これは保護司の仕事でもそのまま当てはまった。

10年ほど務め、医師会の仕事が多忙になったため退いたが、大体常時1、

か、気がつく地域活動にのめり込んでいた。そんな私の姿勢は医師仲間にもとまっていたようで、墨田区医師会の仕事が徐々に増えた。その一方で、地域活動に時間を割けなくなってしまう。

対象者は保護監獄から割り振られる。私たちの担当は、少年院での暮らしが優秀であるため刑期半ばで出所した者や非行に走って保護観察処分になった若者が多かった。

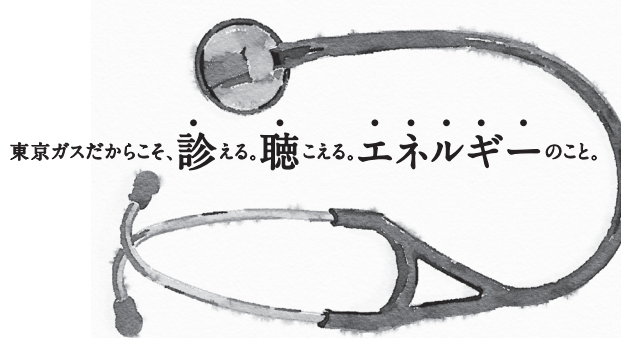
どうしたものかと医師会の先輩幹部に相談すると「地域活動も大事だけれど、医政も大事だ」とのこと。こうして医師会活動に本格的に関わるようになっていった。

さらに「経営上のポートフォリオだけで病院の『強み』『弱み』を議論しているのは気になる。広尾病院の収益上マイナスになることが、必ずしも都民にとってもマイナスとは限らない」といった意見も聞かれた。

仕事の内容は月1回、面接して日ごろの様子を聞き、報告書にまとめて提出するというもの。特にこちらから何かを指導するわけではなく、むしろ相

仕事でもそのままでまはった。

「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