

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)3月27日

第239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

第12回東京都病院学会

史上最多の796人が参加

「東京の地域医療構想」などを当事者が議論

第12回東京都病院学会を2月26日、アルカディア市ヶ谷にて開催しました。テーマは「東京医療の近未来―地域包括ケアにおける病院の役割―」。当日は参加者・関係者合計で796人が集まり、今後本格的に高齢化を迎える東京における医療提供のあり方などについて議論が交わされました。

レポート① 基調講演

河北博文 東京都病院協会会長

スマートソサエティ、成熟社会における医・食・住

河北会長は今後の医療提供のあり方として、従来の枠組みにとどまらず、広く生活を見据える必要性を指摘した。「疾病管理は健康支援、生活への寄り添い、地域づくりにつながり、食生活、住居、移動、決済などの機能を包括していく必要がある」

アメリカではトランプ政権が「オバマケア」を廃止し、新しい社会保険医療制度に作り直す動きが見られるが、これについても「社会の連帯」という感覚があるのかどうかを見きわめる必要がある」と訴えた。「社会は皆が連帯して支え合っていないと成り立たない。医療は医療費だけではなく、『支え合う』『つながっていく』ことが求められる」

さらに河北会長は「衣食住」ならぬ



河北 博文会長

「医食住」を提唱し、重要なのは「モノからコトへ」変化している点と強調。「医療」はモノでなくコトであり、「食」は何を食べるかでなくどう食べるか、つまり「食べること」が重要だ。そして「住」も住まいでなく住むことが重要だ。そのほかにも「働くこと」「学ぶこと」といったふうに、コトが重視される。

近年はこうした動きをITによるサービスが加速していると解説した。一例としてアメリカを中心に世界で広がっている自動車配車アプリケーション「Uber」を紹介。一般的なタクシーの配車に加え、一般人が自分の空き時間と自家用車を使って他人を運ぶ仕組みで、従来型のタクシーサービスに取って代わるとの見方もある。河北会長はこのサービスの特徴として、顧客が運転手を評価すると同時に、運転手も顧客を評価する「相互評価」が可能になっている点を挙げ、サービス提供者、利用者の双方のコミュニケーションが成立していると指摘した。「皆さんの病院の外来患者さんは徒歩で来るのか、自転車で来るのかといっ

レポート② 特別講演

青木新門氏

いのちのバトンタッチ

第81回アカデミー賞外国語映画賞を受賞した映画「おくりびと」の原案となった『納棺夫日記』の著者である青木新門氏



青木 新門氏

木新門氏が「いのちのバトンタッチ」と題して自身の経験談などを話した。青木氏は湯灌・納棺の仕事に従事するなかで死に往く人や死者たちから教わり、「死とはそういうことだったのか」と気づかされて『納棺夫日記』を書いたという。

医療者に対しても「私は死にゆく人にとつて、死に場所は自宅でも病院でもそれほど関係ないと思う。ただ『ありがとう』と言え、それを聞いてくれる人がいる、そんな『いのちのバトンタッチ』を大切にしたいし、それを言い合えるような『場』をつくっていただきたい」と呼びかけた。

レポート③ 学会長講演 桑名 齊 第12回東京都病院学会学会長

地域医療ケアとユートピア



桑名 齊 学会会長

桑名学会長は演題の「ユートピア」について「理想郷」という意味があるが、それだけではなく、あまり良い意味で使われないこともある」と述べ、地域包括ケアシステムについて「確かに『システム』をつくることは大事だが、『システムだから従う』という姿勢は問題。私たち医療者がそれを生き延びたものにしていかねばならない」と訴えた。

また多いことを指摘した。また死亡者の「死に場所」も問題だという。厚生労働省によると2030年時点での場所別割合はおおよそ、医療機関が80万人、自宅が20万人、介護施設が10万人と推計されているが、「その他」が47万人という。『その他』は「確定できない」を意味する。本来であれば『どこで死んだらいいのかわからない』と明記すべき問題だ。こうした類いのグラフは今後も多く見る機会があると思うが、ぜひ『47万人の行き場』に注意しながら見ていただきたい。さらに介護難民についても2025年時点で43万人に達すると日本の創生会議の試算があるが、そのうち13万人は東京都、神奈川県、千葉県、埼玉県で占められるという。

分を決める」ことを求めていると説明した。また地域包括ケアに向けた具体的な取り組みについては「隣近所との顔の見える関係」づくりから着手することと呼びかけた。「市区町村単位や中学校区の範囲での構築がうたわれているが、実際の取り組みにあたっては、まず自分たちの隣近所に自分たちが進め

地域医療構想にどう対応するか

レポート④ シンポジウム

座長 猪口正孝 東京都地域医療構想策定部会会長 東京都病院協会副会長 豊島病院院長 多摩川病院理事長 矢野 諭 安藤高朗 英 裕雄 在宅 新宿ヒロクリニック理事長

ていることを認知してもらい、輪を広げていくことが大切だ。そこには住民、事業者、医療・介護関係者がいるだろう。そういった人たちと顔見知りの関係になって『顔の見える関係』をつくること。それがなければ、単なる『システムづくり』にとどまってしまうだろう」と呼びかけた。

つつ、「高齢者医療全般としてとらえるならば、需要のピークは、時的にはもう少し後ろ倒しになる可能性もある」との見解を示し、東京都内での体制整備については多少、猶予がある可能性も示唆した。一方で英氏は在宅医療での課題にも触れ、「外来機能」の充実の必要性を強調した。「在宅医療はこれまで、在宅療養の患者が地域社会生活を全うするためのノウハウを構築してきたが、外来患者に関してはまだ十分整っていない。在宅療養患者であれば発熱したら30分後には診療所に連絡が入るが、外来患者は3、4日の時間差が生じることもある。急変する患者も、外来患者のほうが割合は高いのではないかと」英氏は外来で支えるための診療報酬も十分ではないと訴えた。「当院の状況を顧みると、診療報酬は在宅1人と外来7人という釣り合いのイメージだ。かかりつけ機能を充実させて地域の基盤整備をしないと、最終的に在宅医療も伸びないし地域包括ケアも伸びないと思う」



討論ではまず、在宅医療が話題にのぼった。猪口氏は「地域医療構想は地域包括ケアとともに進めており、高度急性期から慢性期までいずれの機能の病院も『在宅に戻す』ことをめざして

いるが、在宅医療の立場から見ると、そもそも、そうした退院患者の受け入れは可能と考えられるか」と問いかけた。英氏は訪問診療を担う医師も増え、都内はかなり体制が充実していることから「医療的には大丈夫だと思ふ」としつつ、課題として「介護や生活環境」を挙げた。さまざまな地域包括ケアの施策のなかで生活力は少しずつ向上しているものの、それ以上に介護力が減退しているという。「安定期の介護体制はかなり手厚くなっているが、退院直後の数日〜1週間の『ナーバスな時期』を耐える余力はまだない」

同施設で医療を提供するのは在宅医という構図になるとの見方を示しつつ、「ちょっと重症になったら病院で受け入れる。そういった体制ができれば、それぞれの施設の特色を生かせるのではないかと思う」と述べた。

地域医療構想を充実させる

さらに地域医療構想における「回復期」「慢性期」にも議論が及び、それぞれが機能を果たすために具体的な課題などが議論された。

矢野氏は地域包括ケア病棟の機能に言及。「リハビリテーションはどの機能でも必須だと思いが、話題になっているのは廃用症候群で、これを担うのはやはり地域包括ケア病棟だろう」と述べた。英氏も「医療行為を伴う患者をレスパイトできる機能は介護施設にはないので、地域包括ケア病棟もよく利用させてもらっている」と、地域包括ケア病棟への期待を述べた。たとえば在宅療養患者が肺炎で入院した際には、まず肺炎を治し、そのうえでリハビリも行って在宅に帰ってくるという利用の仕方が広まると、在宅を支える体制はさらに充実するとの認識を示した。

安藤氏は慢性期病棟の役割に触れ、「慢性期病棟も一般病棟からの退院患者の受け皿、地域包括ケア病棟の受け皿も担う必要があると考える。それとともに介護や生活力の不足で在宅に戻れない、そうかといつて施設に入れるのは忍びないという状況がある時には、レスパイト的な機能も求められる印象がある」と述べた。慢性期病棟の「地域偏在」の克服にも議論は及んだ。都区部では慢性期病

床が少なく、多摩地域に多くあるという現状があり、地域包括ケアを支える機能を充実させるうえでも慢性期病棟の活用が議論になっているが、都区部と慢性期病棟の「距離」が課題となっている。

山口氏は「現在はケースワーカーを介して対応しているので、慢性期病棟との連携はケースワーカーの顔の広さに依存している。板橋区は慢性期病棟もある程度は存在するので、そこに受け入れてもらうこともあるが、隣接する埼玉県に頼むこともある。むしろ多摩地域に依頼するケースは少ない」と実態を報告。

安藤氏は「せっかく東京都内に慢性期病棟があるにもかかわらず、他県に送らなければならないというのは寂しい。東京都医師会や東京都病院協会が中心になって病院の機能を把握し、家族にも情報を一カ所で提供できるように

なセンター機能があれば、そうした事態は解消していくのではないかと応じた。

病院間の連携のあり方も話題にのぼり、山口氏は「病院間の機能連携において、患者の流れも大事だが、人の流れも大事」と述べた。さらに「私見だが、公的病院は自院で働くことが基本になっているが、『地域への貢献』も考えるべきだと思う。厚労省も公的病院の医師が他の病院を手伝いに行くことを認めるという話も出ているようだし、人的連携も視野に入れるべきだと思う」と続けた。

矢野氏がこれに応じて「当院は近隣の大病院の医師に非常勤も外来、当直医も担当してもらっている。人がある程度余裕があるのは公的病院と研修医がいる大病院だと思ふ。そうした病院が中心になって、人的連携を進めてくれるとありがたい」と述べた。

慢性期医療委員会 主催講演

武久洋三 日慢協会長

「別の診療報酬体系にしないと 東京での病院運営は困難」

慢性期医療委員会は3月7日、日本慢性期医療協会会長で医療法人平成博愛会博愛記念病院理事長の武久洋三氏を招き、「療養病床の在り方等に関する特別部会」の結果を受けて、今後の療養病床の運営について」と題した講演会を開いた。武久氏はこのなかで、「東京は別の診療報酬体系にしないと病院運営は困難である」とし、対策を講じることなどを呼びかけた。

慢性期病床での受け入れ強化で 高齢者の医療費負担軽減が見込める

武久氏はまず、東京の地域特性について、高度医療提供施設の集積が進ん

でいること、中小病院や民間病院が多いこと、人口密度が高く高齢者人口の急激な増加が進んでおり、かつ高齢者単独世帯が多いことなどを挙げた。なかでも高齢化は「東京だけでなく関東

新入院患者の検査値の異常値割合

平成22年1月から平成28年12月に、日慢協会の計16病院に入院した患者37,729名の、入院時検査における検査値の異常割合

	患者数(人)	割合(%)	一番悪い値
BUN 20.1以上	14,960	39.65	225.9
Na 136未満	11,184	29.64	95.0
Na 146.1以上	980	2.60	186.5
ALB 3.8未満	22,473	59.56	1.4
TCHO 130未満	6,540	17.33	21.0
GLU 111以上	23,027	61.03	1,122.0
Hb	20,054	53.15	2.3
再掲(男性)12.0未満	9,099	56.45	2.3
再掲(女性)11.3未満	10,955	50.69	3.1

急性期病院から入院してきた患者の多くが脱水や低栄養、電解質異常、高血糖などの異常を多数抱えている。

出典：武久氏講演資料



武久 洋三氏

全般」で進んでいると指摘した。さらに年齢層別の1日当たり医療費についても紹介し、75歳以上で国民医療費の約35%を占めている傾向を示した。後期高齢者医療の1日あたり医療費別の医療費分布についても分析結果を示し、「1日あたりの医療費が3万円未満の割合は75〜79歳では3割弱であるのに対して、100歳以上では7割強を占めている。逆に5万円以上の医療費は75〜79歳が4割強であるのに対して100歳以上は7%強にすぎない」と述べ、一方で75歳以上の入院率は4.2%であり現在の90万人中、70万人が75歳以上だという。このうち20

万人が高度急性期の病床で入院しているとしても、残り50万人は「一般病棟」という機能が不明確な病床よりも、慢性期病床のほうが適切な医療を提供できるのではないかとした。また適切な入院による財政的負担の軽減も指摘した。現在、75歳以上の患者の入院費は1日平均4万5000円程度との見方を示し、地域包括ケア病棟と2対1療養病棟入院基本料における入院費の平均は2万5000円であることを紹介。「2・5万円で済めば1日当たり2万円のコスト削減につながる。仮に50万人がこうした適正利用が進めば、3兆6500億円の入院費が浮くことになる。これを2対1の評価に回してもらえばいい。重度や緊急性の高い疾患以外の高齢者の軽〜中度の疾病については、地域包括ケア病棟や慢性期病棟のケアミックスなどの多機能型地域病院に入院すれば、後期高齢者の入院医療費の大幅削減が可能と

一次的急性期治療が終われば、次のステップへ

さらに「一般病棟に1カ月以上入院している患者は『慢性期患者』と位置づけていいのではないのか」とも提起した。「急性期治療は、たいていは2週間くらいで一次治療は終わる。その後の治療はリハビリや慢性期医療の出番だ」。その根拠として7対1病棟でも医師の指示見直しは「週1回程度」またはそれ以下に該当する患者が50%

を超える医療機関が存在するというデータを示した。一方で「急性期病院から入院してきた患者さんの多くが脱水や低栄養、電解質異常、高血糖などの異常を多数抱えている」と指摘する。博愛記念病院など16の慢性期病院に入院した約3万7000人の入院時検査を見たところ、表のような結果が出たという。かつ「紹介元の急性期病院の紹介状を見ると、病名に脱水や低栄養状態であることを示していた病院は7%、また血液検査結果が異常値である

ことを示し、注意を促していた病院は1%にとどまっていた」と述べた。さらに「急性期医療を行う臓器専門医は、当然のことながら、慢性期治療やリハビリは得意ではない。急性期治療は臓器別専門医の優れた能力でもって完遂できる。一次的急性期治療が終われば、次のステップ『リハビリを伴う回復期・慢性期総合医療』へ速やかに移すべきで、それこそ患者が早く日常生活に戻ることのできる方法だ」と強調した。

私の医道

唐澤祥人
元日本医師会会長

医師会活動に関わるようになったのは唐澤医院を引き継いで間もなくのことである。

意外に思われるかもしれないが、当初、医師会活動については消極的だった。会長・副会長になる際には選挙の洗礼を受けなければならぬが、これも正直に言うとは嫌だった。というのは、実父は地方議員の選挙、唐澤家の父、兄は地区医師会会長選挙にのめり込み、昼夜を問わずいつも票読みをし、「町の勢力図」を巡って頭を突き合せている姿を見ていたからだ。時には生臭い話も耳に入ってくる。拒絶反応が芽生えて大学での研究活動をめざしたのだが、こちらも学園闘争という「政治の場」と化していたことは、これまでも述べたとおりだ。

第7回

墨田区医師会の活動に従事する

61年には副会長に就任。墨田区医師会を代表して東京都医師会に顔を出す機会も増えた。当時からすでに「地域医療システム」という考え方に基づいて地域ぐるみの医療提供体制を議論しており、とても驚いたのを覚えている。

やがてそうした議論を具現化する動きも出てきた。一例が休日急診診療活動である。墨田区医師会は本所医師会、向島医師会と合同で実施することになり、運営委員会に墨田区医師会を代表して出席した。平成4年には福井光壽会長の東京都医師会が在宅難病患者訪問診療事業を東京都からの委託を受けて実施することになった。言うまでもなく、実務は各地区医師会が担う。この運営も担当することになった。こうした仕事を通じて「物事の進め方」もわかるようになった。医師会活動はひと癖もふた癖もある医師の協力を取りつけないといけないし、幹部の大半は私より年長の大先輩ばかりである。医師会幹部の権威を振りかざして通用する相手ではない。

特に新しいことを始めるならばいろいろな不満が出るのは当然で、それにじつと耳を傾けることに専念した。こちらが提案した新規事業に話の筋が通っていれば、その場では反発しても、いずれは理解してくれるものだ。それに皆、国家試験を通じて医師免許を付与されている。公共に寄与するという姿勢は、誰もが持っていたから、公共の利益になるとわかれば協力的な姿勢に転じてくれた。

病院運営において東京は不利。もつと強力で運動を

一方で東京の「地域特性」にも言及し、「東京は別の診療報酬体系にしなないと病院運営は困難」と強調した。「地域加算はごくわずか。(平成博愛病院のある)徳島県と(世田谷記念病院のある)東京都はほとんど「別の国」という感覚がある。別の国の医療制度を同じものにする自体に無理がある。1ベッド当たりの収入を引き上げない限りギリ貧になるのは明らかだ。療養だけでは収入減は不可避であり、支出を抑えても限界がある」と訴えた。さらに独自のシミュレーションも示し、建ぺい率、容積率の違いなども加味しつつ試算したところ、地方に比べて東京の1床当たり費用は1・37倍かかることになるとの見方を示した。

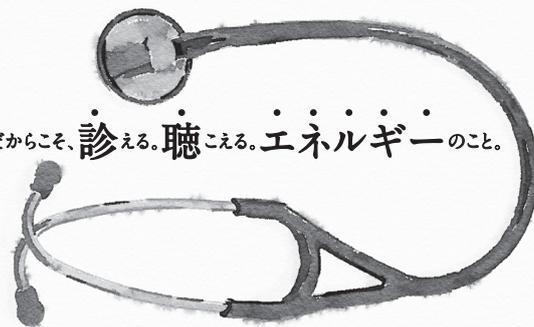
これを医療療養入院基本料1医療区分3・ADL区分2(17555点/日)で想定したとすると。1・37倍の収入を得るには6313円の差額ベッド代を設定する必要があるとしたが、「実際には4人部屋で50000円の差額ベッド代をお支払いいただくのは難しい。そうなると同復期リハビリテーション病床や地域包括ケア病床へ転換しなければ、療養病床だけでは、仮に人件費を抑えられたとしても、収入も同様に下がるので、資金繰りは難しくなると強調した。

「病院を運営するには地方のほうがはるかに有利であり、東京はたいへん不利だ。これをどうするのか。東京都病院協会はもつと強力で運動を展開する必要がある。私もこれからどんどん主張していくつもりだ」と呼びかけた。

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